

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Maja Cvitanić Mažuran

**Obiteljska terapija u liječenju bipolarnog
afektivnog poremećaja**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju Vrapče pod vodstvom prof. dr. sc. Slađane Štrkalj Ivezić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2017./18.

POPIS OZNAKA I KRATICA

BAP – bipolarni afektivni poremećaj

GABA – gama-amino-maslačna kiselina (eng. *gamma-aminobutyric acid*)

ACTH – adrenokortikotropni hormon

CRH – hormon koji oslobađa kortikotropin (eng. *corticotropin releasing hormone*)

EKT – elektrokonvulzivna terapija

SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

CBT – kognitivno-bihevioralna terapija (eng. *cognitive-behavioral therapy*)

OSA – okupacijska samoprocjena

APA – Američko psihijatrijsko društvo

CET – trening komunikacijskih vještina (eng. *communication enhancement training*)

EE – iskazane emocije (eng. *expressed emotion*)

EOI – emocionalna preangažiranost (eng. *emotional overinvolvement*)

BAP-NOS – bipolarni afektivni poremećaj, neoznačeno (eng. *bipolar disorder not otherwise specified*)

SADRŽAJ

SAŽETAK	
SUMMARY	
1. UVOD	1
1.1. BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ	1
1.1.1. EPIDEMIOLOGIJA.....	1
1.1.2. ETIOLOGIJA.....	2
1.1.3. KLINIČKA SLIKA.....	5
1.1.4. KLASIFIKACIJA	8
1.1.5. LIJEČENJE	12
1.1.6. REHABILITACIJA	14
1.2. OBITELJSKA TERAPIJA.....	17
1.2.1. TERAPIJSKI POSTUPAK	19
1.2.2. ISKAZANE EMOCIJE	22
2. REZULTATI I PRIMJENA OBITELJSKE TERAPIJE	24
2.1. REZULTATI.....	24
2.1.1. PROFIL BOLESNIKA.....	27
2.1.2. BUDUĆA ISTRAŽIVANJA.....	28
2.1.3. PROVEDBA OBITELJSKE TERAPIJE U PRAKSI.....	29
2.2. OBITELJSKA TERAPIJA U LIJEČENJU OBOLJELE DJECE I ADOLESCENATA	31
2.2.1. MODIFIKACIJE TERAPIJE.....	32
2.2.2. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	34
2.3. OBITELJSKA TERAPIJA U PREVENCIJI RAZVOJA BOLESTI U VISOKORIZIČNIH ADOLESCENATA.....	36
2.3.1. MODIFIKACIJE TERAPIJE.....	36

2.3.2. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	37
2.4. OBITELJSKA TERAPIJA U LIJEČENJU SUICIDALNOG BOLESNIKA	39
2.4.1. MODIFIKACIJE TERAPIJE	40
2.5. TERAPIJSKE MOGUĆNOSTI ZA ČLANOVE OBITELJI	42
3. ZAKLJUČAK	45
4. ZAHVALE	46
5. LITERATURA	47
6. ŽIVOTOPIS	52

SAŽETAK

OBITELJSKA TERAPIJA U LIJEČENJU BIPOLARNOG AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

Maja Cvitanić Mažuran

Bipolarni afektivni poremećaj je kronična bolest karakterizirana patološkim promjenama raspoloženja koje variraju od manije do depresije. Epizode su sklone ponavljanju te bolest često postaje kronična. Pacijenti nerijetko nisu dovoljno samostalni, ovise o svojim obiteljima, narušene su radne sposobnosti i društvenog funkcioniranja te su skloni suicidalnom ponašanju. Obitelji koje skrbe za pacijente se osjećaju preplavljeno i opterećeno te im je potrebna podrška. Farmakoterapija ostaje okosnica u liječenju ovog poremećaja, no uz nju se koriste i brojni psihoterapijski postupci, grupno ili individualno. Metode rehabilitacije omogućuju bolesnicima povrat funkcionalnosti. Obiteljska terapija je osmišljena u cilju poboljšavanja bolesnikove obiteljskog okruženja što sa sobom nosi i povoljniji tijek bipolarnog poremećaja. S druge strane, obitelji pruža ključne informacije i alate kako da se nose s izazovima svakodnevice s ovakvim pacijentom. Terapijski program se sastoji od tri komponente: psihoedukacije, treninga komunikacijskih vještina i treninga rješavanja problema. Cilj terapije je prekinuti prijašnje destruktivne i disfunkcionalne obrasce komunikacije, pomoći bolesniku i obitelji da prihvate dijagnozu, simptome koje ona nosi i njezin ciklički tijek; upoznati ih s važnošću primjene farmakoterapije po dogovorenom režimu, naučiti razlikovati pacijentovu osobnost od simptoma bipolarnog poremećaja i pružiti im alate za prevenciju relapsa i umanjivanje njegova intenziteta. Postoje modifikacije ove terapije namijenjene oboljelim adolescentima, mladeži rizičnoj za razvoj ovog poremećaja, suicidalnim bolesnicima i samim članovima obitelji. Dosadašnja istraživanja pokazuju da obiteljska terapija povoljno djeluje na ishod bipolarnog poremećaja u određenim skupinama bolesnika, no potrebne su daljnje, bolje osmišljene studije i pregledi literature koji bi omogućili usporedbu rezultata i konkretnije zaključke. Ovaj poremećaj je vrlo kompleksan i ne postoji samo jedno rješenje za njegovo liječenje, a obiteljska terapija je dio tog mozaika.

Ključne riječi: bipolarni poremećaj, obiteljska terapija, psihoterapija, manija, depresija

SUMMARY

FAMILY THERAPY IN THE TREATMENT OF BIPOLAR DISORDER

Maja Cvitanić Mažuran

Bipolar affective disorder is a chronic illness characterized by pathological mood changes ranging from mania to depression. It is associated with patients' great dependence on their caregivers, poor psychosocial functioning, a high economic burden, and a greater risk of committing suicide. Family members often report a feeling of emotional distress, subjective burden, and lack of support. While mood-stabilizing medication remains the framework for bipolar disorder treatment, many psychotherapy options are a useful addition, whether they are performed individually or in a group. Rehabilitation methods are crucial to restore the patient's functional capacity. Family-focused therapy was designed to improve the patient's home environment thus ameliorating the course of illness. At the same time, it provides the caregivers key information, as well as the means to cope with everyday life with such a patient. The therapy itself consists of three parts: psychoeducation, communication enhancement training, and problem-solving skills training. The goal is to break previous dysfunctional or destructive communication patterns, accept the notion that they are sick and vulnerable to future episodes, realize the importance of medication adherence, distinguish between the patient's personality and the disease symptoms, and to make sure they have the tools to prevent relapse and minimize its intensity. There are a few modifications of family-focused therapy that deal with adolescents who suffer from bipolar disorder, youths at risk for developing it, suicidal patients, and caregivers. Research to this day seems quite promising in terms of improving the outcomes of the disease, but more better-designed research is needed in order to get more relevant data. Bipolar disorder is a complex illness without a simple, single solution to it and family-focused therapy is a piece of this intriguing puzzle.

Key words: bipolar disorder, family, therapy, psychotherapy, mania, depression

1. UVOD

1.1. BIPOLARNI AFEKTIVNI POREMEĆAJ

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) spada u skupinu poremećaja raspoloženja. Emocionalno stanje bolesnika oscilira između dvije krajnosti: povišenog (manije ili hipomanije) i sniženog raspoloženja (depresije). Promjene raspoloženja su normalna pojava kod svih ljudi, ono što ih čini patološkim je njihova izraženost i utjecaj na svakodnevno funkcioniranje bolesnika. Osim emocionalnih promjena, simptomi su vidljivi i u kognitivnom funkcioniranju, ponašanju, nagonima i psihomotorici. (1) Riječ je o bolesti kroničnog tijeka s izmjenama epizoda manije, hipomanije, depresije, miješanih epizoda i eutimije. Povezan je s otežanim psihosocijalnim funkcioniranjem, financijskom ovisnošću o drugima i ranijom smrtnošću. (2)

1.1.1. EPIDEMIOLOGIJA

Ranije se smatralo da učestalost BAP-a iznosi 1% za oba spola, što odgovara učestalosti shizofrenije. Novija istraživanja pokazuju da je zahvaćenost ovim poremećajem još i veća te da iznosi, ovisno o tipu, i do 6%. (1) Na pojavnost poremećaja raspoloženja ne utječu ni rasa ni socioekonomski status, no BAP se češće nalazi kod samaca i razvedenih osoba. U njihovom slučaju ostaje nejasno je li riječ o uzroku ili posljedici bolesti, s obzirom da se ona najčešće javlja u dobi kada se formiraju bračne i emocionalne veze. (1)

Perlis i sur. su u sklopu STEP-BD studije ispitali dob početka bolesti u prvih 1000 ispitanika, od kojih se za 983 mogla spomenuta dob i odrediti. 27.7% ispitanika javlja pojavu bolesti prije trinaeste godine, a njih 37.6% u dobi između trinaest i osamnaest godina (vrlo rani i rani početak bolesti). Srednja dob javljanja bila je 17.37 godina. Ranije javljanje je povezano s težim oblikom BAP-a, većom šansom za razvoj komorbiditeta (anksioznih poremećaja, poremećaja u prehrani, psihoza, bolesti

ovisnosti, disocijativnog poremećaja), veći broj epizoda i broja dana koje bolesnik provede depresivan te povećanu opasnost od suicidalnih ideja i ponašanja. (3) Trećina bolesnika ne uspostavi odgovarajuću radnu i socijalnu funkciju zbog kognitivnih poremećaja. (1)

Ako uzmemo u obzir podatke da 10-15% oboljelih od BAP-a počini, a 25-50% njih pokuša samoubojstvo barem jednom u životu, možemo uvidjeti da je to jedan od vodećih psihijatrijskih poremećaja s obzirom na rizik od suicidalnosti. (4)

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, BAP je druga po redu bolest s obzirom na utjecaj na broj dana koje bolesnik nije mogao raditi niti normalno funkcionirati (eng. *days out-of-role*). (5)

1.1.2. ETIOLOGIJA

1.1.2.1. Genetska predispozicija

Uočena je pojačana pojavnost poremećaja raspoloženja u nekim obiteljima te se procjenjuje da ako oba roditelja imaju BAP, rizik da dijete razvije neki poremećaj raspoloženja iznosi 50-70%; ako boluje samo jedan od roditelja, rizik pada na 27%. Poznat je i podatak da u 50% bolesnika s BAP-om barem jedan roditelj također pati od nekog poremećaja raspoloženja, najčešće je to depresija. (1)

1.1.2.2. Poremećaj monoamina

Za poremećaje raspoloženja su značajne promjene u metabolizmu neurotransmitora (serotonina, noradrenalina, dopamina) te osjetljivosti i broju njihovih receptora. Kod depresivnih bolesnika nalazimo hipoaktivnost tih triju sustava uz *up-regulaciju*, tj. hipersenzitivnost njihovih receptora. Smanjena koncentracija serotonina u pojedinim dijelovima mozga, povezana je s gubitkom zadovoljstva i osjećaja sreće, poremećajem spavanja i pesimizmom u depresivnih bolesnika. Smanjenje koncentracije noradrenalina u hipokampusu i hipotalamusu dovodi do razvoja

tjelesnih simptoma koji se javljaju u depresiji (anoreksija, gubitak libida i energije), pada koncentracije i smanjenja aktivnosti neurovegetativnog sustava; dok pad razine dopamina u bazalnim ganglijima dovodi do psihomotorne retardacije. Poremećaj funkcije autonomnog sustava se očituje u *up-regulaciji* α i β receptora. Nalaze se i poremećaj u djelovanju gama-amino-maslačne kiseline (GABA) i glutamata.

Kod maničnih bolesnika nalazimo pojačanu aktivnost katekolamina i endogenih opioida. (1)

1.1.2.3. Endokrinološka teorija

Kod ljudi oboljelih od BAP-a često se nalazi povećana hipofiza i nadbubrežna žlijezda uz povišenu razinu kortizola u plazmi, mokraći i cerebrospinalnom likvoru. Naglašen je i kortizolski odgovor na adrenokortikotropni hormon (ACTH), a povišena je i sekrecija hormona koji oslobađa kortikotropin (CRH). (6) Koncentracija kortizola se dodatno pojačava uz veću glutamatnu transmisiju u stanjima stresa, što dovodi do apoptoze neurona u hipokampusu i smanjenja njegovog volumena uz pad sekrecije moždanog neurotrofnog čimbenika (BDNF). Njegova uloga je sprječavanje apoptoze, oblikovanje novih sinapsi i podržavanje neuroplastičnosti te, u njegovom nedostatku, dolazi do daljnjeg propadanja mozga. (1)

1.1.2.4. Neuroradiološki nalazi

Analizom snimaka magnetne rezonancije u oboljelih je nađena redukcija volumena cjelokupnog mozga i prefrontalnog režnja uz povećane lateralne moždane komore i *globus pallidus*. Jakost izraženosti tih promjena ovisi o dobi i trajanju same bolesti. (7) Funkcionalne pretrage pokazuju još i povećanje metaboličke aktivnosti u talamusu. (1)

1.1.2.5. Psihodinamska teorija

Freud depresiju dovodi u vezu s nezadovoljavajuće odrađenim procesom žalovanja koji je uslijedio nakon gubitka. Osjećaji koji se javljaju zbog gubitka, ako on ne bude adekvatno ožalovan, bolesnik usmjerava prema sebi, umjesto prema izgubljenom objektu. Depresija predstavlja regresiju na oralnu fazu psihoseksualnog razvoja u sklopu koje bolesnik traži nježnost i pažnju te u biti predstavlja očajnički zahtjev za ljubavlju.

Manija se, po ovoj teoriji, javlja kao odgovor na depresiju u smislu negacije ovisnosti o objektu. U podlozi je mehanizam poricanja koji osobi omogućuje izbjegavanje odgovornosti te smanjenje depresije. (1)

1.1.2.6. Bihevioralna teorija

Ova teorija objašnjava razvoj depresije u nekih pojedinaca manjkom socijalnih vještina zbog čega oni ne razvijaju interpersonalne odnose i svojim ponašanjem uzrokuju negativnu reakciju okoline, a kao posljedica toga se javlja daljnje osamljivanje i pogoršanje depresije. (1)

1.1.2.7. Kognitivna teorija

Prema Aaronu Becku, depresija se razvija iz negativnih razmišljanja i konceptualizacije, osoba samu sebe doživljava kao grešnu, ostavljenu, neadekvatnu te razvija osjećaje žalosti, tuge, osamljenosti i krivnje. Javlja se karakteristična kognitivna trijada: negativno razmišljanje o sebi, budućnosti i svijetu što za posljedicu ima razvoj depresivnih simptoma.

Martin Seligman pak razvoj depresije objašnjava teorijom naučene bespomoćnosti prema kojoj se osoba pri izlaganju neugodnim situacijama osjeti bespomoćnom, a taj

osjećaj usvaja do mjere da on počinje ometati njezino funkcioniranje i dovede do razvoja simptoma depresije. (1)

1.1.2.8. Teorija o stresnim događajima

Dokazana je povezanost između stresnih događaja i javljanja prve depresivne epizode. O tome govori i teorija životnih događaja koja objašnjava da se bolest razvija u onih pojedinaca koji se ne uspiju prilagoditi novim životnim okolnostima. Bolest se može razviti neposredno nakon promjene ili odgođeno. (1)

1.1.3. KLINIČKA SLIKA

1.1.3.1. Manična epizoda

Ova je epizoda karakterizirana tipičnim trijasom simptoma: povišenim raspoloženjem, povećanom motoričkom aktivnošću i ubrzanim govorom. Preko 90% onih koji imaju takvu epizodu nastavljaju imati ponavljajuće epizode patološkog raspoloženja kroz život. (1)

Raspoloženje u maniji je povišeno (može se opisivati i kao euforično, visoko, bučno, ekspanzivno, itd.), često je praćeno smijehom, igrom riječi, poziranjem; ljudi koji su inače rezerviranog držanja, u maniji također poprimaju ova obilježja, a uz to mogu postati i vulgarni, logoroični i nedistancirani. Ekspanzivno raspoloženje je karakterizirano neprimjereno izraženim i nekritičnim entuzijazmom za interakcije s drugima. (8) Takvo raspoloženje nije stabilno, prag frustracije tih bolesnika je nizak te brzo može prijeći u iritabilno raspoloženje praćeno ratobornim ponašanjem i svadljivošću. Ako im se oko nečega usprotivi, lako postaju hostilni i razdražljivi. (1,8)

Psihomotorika maničnog bolesnika je ubrzana, oni su nemirni i teško se zadržavaju na jednom mjestu, a zbog subjektivnog i nekritičnog dobrog općeg osjećanja, bolesnici koji imaju objektivne teškoće s kretanjem, iste zanemaruju i time ugrožavaju svoje fizičko zdravlje. Vanjski izgled je upadljiv, odjeća koju bolesnici biraju je

napadna, živih boja, kao i šminka. (1,8)

Mišljenje je također ubrzano, često dolazi do bijega ideja te je njihove asocijacije vrlo teško slijediti; bolesnici se uključuju u niz aktivnosti, stvaraju brojne i nerealne planove s velikim entuzijazmom. Preokupirani su nevažnim detaljima, logoroični i obično pritom vrlo glasni; mogu držati govore, plesati ili pjevati do iznemoglosti. U sadržaju mišljenja se često nalaze grandiozne sumanosti o samome sebi, navode kako imaju posebne fizičke ili psihičke sposobnosti. Rjeđe su prisutne progonstvene sumanutosti i obično su produkt bolesnikove uvjerenosti u vlastitu važnost. U težim slučajevima, te sumanutosti mogu progredirati i do psihoze. Pažnja im je hipotenacitetna i hipervigilna, a oni sami su hiperbulični, ali su obično u nemogućnosti bilo kakvu aktivnost provesti do kraja. (1,8)

Kognitivne funkcije su, u pravilu, očuvane.

Stanje je karakterizirano i impulzivnim ponašanjem. Nerijetko su takvi bolesnici vođeni tek vlastitim nagonima, zanemarujući pritom moralna načela i pravna ograničenja. Upuštaju se u razne rizične aktivnosti, često su promiskuitetni i ulaze u nesigurne seksualne odnose, upuštaju se u razne neprimjerene poslovne pothvate i druge međuljudske interakcije, pretjerano troše novac na sebe ili nekog drugog; neadekvatno procjenjuju socijalne situacije pa tako mogu pjevati ili plesati po cesti, ponašati se nedistancirano, itd. Sažeto se može reći da nisu kritični prema situacijama, drugim ljudima ni prema vlastitom stanju zbog čega mogu dovesti u opasnost i sebe i druge. Zbog svega toga mogu djelovati infantilno, kao da su blaže mentalno insuficijentni. (8)

Nagoni takvih ljudi su, u pravilu, pojačani, posebno oni seksualne prirode. Smanjena im je potreba za spavanjem tako da, i nakon svega nekoliko sati spavanja, takav bolesnik tvrdi da je potpuno odmoran. Neki mogu i uopće ne spavati po nekoliko dana bez usporavanja svoje prenaplašene aktivnosti. S obzirom na to da manje spavaju i budni su većinu noći, mogu se upuštati u aktivnosti neprimjerene za to doba dana, npr. usisavanje, telefonski pozivi, kuhanje, itd. Appetit im sam po sebi nije smanjen, ali često zaboravljaju jesti jer su preokupirani drugim stvarima. Kada se uzme u obzir i njihova pretjerana aktivnost i nedostatak spavanja, ne začuđuje da je čest gubitak na težini. (1,8)

1.1.3.2. Hipomanija

To stanje karakterizirano je pretjeranom druželjubivošću, pričljivošću i nedistanciranim ponašanjem, ali su simptomi manje izraženi nego u maniji i obično ne dovode do prekida socijalnog funkcioniranja. Raspoloženje, aktivnosti i energija su blago povišeni. (1)

1.1.3.3. Depresivna epizoda

Depresija je karakterizirana sniženim raspoloženjem i gubitkom interesa te bezrazložnim osjećajima niže vrijednosti, tuge, žalosti, beznađa i očaja. Često se javljaju i anksioznost, unutarnji nemir i napadaji panike. (1) Početak depresivne faze se lako uočava: bolesnici su tužnog izraza lica, često zbog toga izgledaju starije nego u stvarnosti jesu, bore na licu im postaju izraženije te su oskudnih pokreta. Ostavljaju dojam nekoga tko pati. (8)

Za ovu je fazu znakovita anhedonija, tj. smanjenje kapaciteta za uživanje, praćena gubitkom interesa za stvari u kojima je ranije osoba nalazila razonodu ili užitak; to može ići toliko daleko da bolesnik izgubi osjećaje za svoje najbliže, da se osjeti emocionalno odsječenim od drugih ljudi te da doživi depersonalizaciju i derealizaciju.(8)

Psihomotorno su ovakvi bolesnici usporeni, oskudne spontane motorike i mimike, većinu dana sjede ili leže. Nemaju životne energije, svaki im pokret ili radnja predstavlja problem, žale se na umor kojemu nije prethodio neki objektivan napor. Njihova oskudna motorika može, u ekstremnim slučajevima, progredirati do stupora. Iako je usporenost češća, pojedini bolesnici mogu biti psihomotorno agitirani, uznemireni, zapomagati i kršiti ruke. (1)

Mišljenje i govor su usporeni, produljena je latencija u odgovoru; govor je monoton i tih. U bolesnika se uočava usporavanje mentalnih funkcija koje može biti toliko teško da se bolesnik čini kao da je dementan. U sadržaju se nalaze ideje krivnje, bespomoćnosti, bezvrijednosti; pogled na svijet je pesimističan i bolesnik ne vidi

moгуćnost poboljšanja svog stanja, a učestalo je i razmišljanje o smrti i suicidalne ideje. Čak 15-20% neadekvatno liječenih bolesnika poćini samoubojstvo. Te sumanutosti mogu preći u ekstrem i oćitovati se psihotićnim simptomima, a halucinacije i deluzije su u skladu s bolesnikovim raspoloženjem. (8) Bolesnik je hipobulićan, hipovigilne paŹnje i hipertencitetan za depresivne sadrŹaje. (1)

Nagoni depresivnog bolesnika su u pravilu sniŹeni, nemaju apetita ni seksualnih potreba, a poremećen je i ciklus spavanja. Obićno se javljaju središnja ili terminalna insomnija, dakle bolesnik se ili probudi usred noći pa ima teškoća s ponovnim usnivanjem ili se prerano probudi i ne moŹe ponovo zaspati. (8)

1.1.4. KLASIFIKACIJA

1.1.4.1. MKB-10

Rijeć je o mećunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema koja je zadnju, desetu reviziju doŹivjela 1992. te je i dalje aktualna. Glavni je klasifikacijski sustav Svjetske zdravstvene organizacije, a njome se koristi i u Republici Hrvatskoj. Psihijatrijski poremećaji se navode u skupini F(F00–F99). BAP se nalazi pod šifrom F31. (1)

Tablica 1. Vrste BAP-a prema MKB-10.

Šifra	Dijagnoza
F31	Bipolarni poremećaj
F31.0	Bipolarni afektivni poremećaj, hipomanijska epizoda
F31.1	Bipolarni afektivni poremećaj, manijska epizoda bez simptoma psihoze
F31.2	Bipolarni afektivni poremećaj, manijska epizoda sa simptomima psihoze
F31.3	Bipolarni afektivni poremećaj, blaga ili umjerena depresijska epizoda
F31.4	Bipolarni afektivni poremećaj, teška depresijska epizoda bez simptoma psihoze
F31.5	Bipolarni afektivni poremećaj, teška depresijska epizoda sa simptomima psihoze
F31.6	Bipolarni afektivni poremećaj, mješovita epizoda
F31.7	Bipolarni afektivni poremećaj, u remisiji
F31.8	Drugi bipolarni afektivni poremećaj
F31.9	Drugi bipolarni afektivni poremećaj

1.1.4.2. DSM-5

Ova se klasifikacija primjenjuje, kako za kliničku praksu, tako i znanstveni rad. Riječ je o klasifikaciji Američkog psihijatrijskog društva (APA). Ona bipolarni afektivni poremećaj dijeli na tip 1 i tip 2. Tip 1 podrazumijeva barem jednu maničnu epizodu i pojavljuje se u bilo kojoj životnoj dobi (čak i u sedmom desetljeću života). U bipolarnom poremećaju tipa 2 se susreću izmjene hipomanije i depresije.(1) On je češći u žena, za razliku od tipa 1 koji se pojavljuje jednako učestalo u oba spola. (5)

1.1.4.3. Kriteriji za dijagnozu

Prema MKB-10, depresija se može podijeliti na blagu, umjerenu i tešku sa ili bez psihotičnih simptoma. Za dijagnozu depresije, simptomi moraju biti prisutni barem dva tjedna i to većinu dana te ometati normalno bolesnikovo funkcioniranje. (9)

Tablica 2. Kriteriji za depresivnu epizodu prema MKB-10 (9)

SIMPTOMI	TEŠKA S			
	BLAGA	UMJERENA	TEŠKA	PSIHOTIČNIM
	F 32.0	F 32.1	F 32.2	SIMPTOMIMA
F 32.3				
TIPIČNI (A)				
Depresivno raspoloženje	dva	dva	tri	tri
Gubitak zanimanja i osjećaja užitka	potvrдна odgovora	potvrдна odgovora	potvrдна odgovora	potvrдна odgovora
Slabljenje energije				
OSTALI (B)				
Slabljenje koncentracije i pažnje				
Manjak samopouzdanja i samopoštovanja	dva	dva	četiri	pet
Osjećaj krivnje i bezvrijednosti	potvrдна odgovora	potvrдна odgovora	potvrдна odgovora	potvrдnih odgovora
Sumorni i pesimistični pogled na budućnost				
Ideje o samoozljeđivanju				
Poremećaj spavanja				
Oslabljen tek				
PSIHOTIČNI	nema	nema	nema	prisutni

Prema DSM-5, pet ili više navedenih simptoma mora biti prisutno najmanje dva tjedna, od kojih obavezno mora biti prisutno ili depresivno raspoloženje ili gubitak interesa i sposobnosti za uživanje (pod rednim brojem 1 i 2 u Tablici 3). Također, oni moraju biti prisutni većinu dana te gotovo svakog dana. Svakodnevno funkcioniranje (društveno, radno, itd.) mora zbog njih biti ometeno. Simptomi ne smiju biti povezani s učinkom neke tvari, niti s drugim zdravstvenim stanjem ili bolešću te se ne mogu bolje objasniti nekim od psihotičnih stanja (shizoafektivnim poremećajem, shizofrenijom, itd.). (10)

Tablica 3. Simptomi depresivne epizode prema DSM-5 (10)

Broj	Simptom
1.	Depresivno raspoloženje
2.	Značajno smanjen kapacitet za uživanje te za sve ili gotovo sve aktivnosti
3.	Znatan gubitak/dobitak na težini (nenamjeran i za više od 5% tjelesne mase) ili smanjen/ povećan apetit
4.	Insomnija ili hipersomnija
5.	Psihomotorna agitacija ili usporenost
6.	Umor i gubitak životne energije
7.	Osjećaj bezvrijednosti ili pretjerane krivnje
8.	Smanjena koncentracija, gubitak pažnje ili neodlučnost
9.	Ponavljajuće promišljanje o smrti, suicidalne ideje bez ili s konkretnim planom

Kriteriji za maničnu epizodu podrazumijevaju povišeno raspoloženje uz prisutnost najmanje 3 simptoma navedenih u tablici 4 (prema DSM-5 moraju biti prisutna bar 4 ako je raspoloženje samo iritabilno), koji traju najmanje tjedan dana i uzrokuju oštećenje radnog i socijalnog funkcioniranja. (1)

Tablica 4. Simptomi manije (1)

Broj	Simptomi
1.	Povećano samopouzdanje i grandiozne ideje
2.	Smanjena potreba za spavanjem
3.	Velika potreba za govorenjem
4.	Ubrzanje misli s bijegom ideja
5.	Povećana vigilnost ili psihomotorna agitacija
6.	Upuštanje u rizične aktivnosti (trošenje novaca, brza vožnja, itd.)

Prema DSM-5, hipomanija je karakterizirana trajno povišenim, ekspanzivnim ili iritabilnim raspoloženjem praćenim povišenom energijom koje traje najmanje četiri dana. Uz povišeno raspoloženje, bolesnik mora imati najmanje 3 (4 ako je raspoloženje samo iritabilno) simptoma iz tablice 4. Moraju biti prisutne promjene u funkcioniranju koje nisu inače karakteristične za tu osobu, a vidljive su

njegovoj/njezinoj okolini. Ipak, to oštećenje ne smije biti vidljivo u društvenom i radnom funkcioniranju te ne smije zahtijevati hospitalizaciju ili uključivati psihotične simptome jer to tada prelazi u maniju. (11)

1.1.5. LIJEČENJE

U liječenju BAP-a se primjenjuju sljedeći oblici liječenja: farmakološko, psihosocijalne i psihoterapijske metode te elektrokonvulzivna terapija (EKT).

Farmakološko liječenje BAP-a uvijek započinje stabilizatorima raspoloženja. Najznačajniji predstavnik te skupine lijekova su soli litija, a u tu se svrhu koriste i neki antiepileptici (karbamazepin, natrijev valproat, lamotrigin, topiramat, gabapentin). (1) Ako je bolesnik maničan, terapija se najčešće započinje litijem, kojem se mogu dodati i antipsihotici i benzodiazepini. Kada akutna faza prođe, u terapiji ostaje samo litij. Liječenje se može provoditi i samo antipsihoticima (kvetiapinom, olanzapinom, klopazinom). Treba težiti postizanju eutimičnog raspoloženja, pritom pazeći da se bolesnika ne „prebaci“ u depresivnu fazu. (1) Za razliku od unipolarne, liječenje depresije u sklopu BAP-a se zasniva na korištenju stabilizatora raspoloženja kojem se potom dodaje antidepresiv, pritom pazeći da se ne upotrijebi lijek za koji je poznato da bolesnike može „prebaciti“ u maničnu fazu (triciklički antidepresivi nose najviši rizik za takav ishod, a izazvati ga mogu i neki selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina – SIPPS). (1,4) Također treba imati na umu da je kod ovih bolesnika učestalo snižena suradljivost pri uzimanju farmakoterapije (prekid uzimanja ili modificiranje bez konzultacije s liječnikom) te da su skloniji zloupotrebi alkohola ili psihoaktivnih sredstava, što sve smanjuje učinkovitost tog načina liječenja. (1) Prema jednom istraživanju, tek 30% bolesnika se pridržavalo dogovorenog režima uzimanja terapije. (12)

Psihoterapijski i psihosocijalni postupci se mogu primijeniti u akutnoj fazi bolesti, za održavanje remisije i prevenciju ponovne epizode. Najčešće se primjenjuju kao dodatak farmakoterapiji, ali mogu biti implementirani i samostalno, u situaciji kada nema indikacije za prisilnu hospitalizaciju, a manični bolesnik odbija uzimati lijekove. Kod blago do umjereno depresivnog bolesnika može se primjenjivati bez dodatka

antidepresiva (time izbjegavajući njihove nuspojave), pritom prevenirajući prelazak u maniju te brzu izmjenu faza. U te postupke spadaju: psihoedukacija, rad s obitelji, psihoterapija (kognitivno-bihevioralna, psihodinamska i druge metode koje primjenjuju educirani stručnjaci), trening socijalnih vještina i koordinacija liječenja (eng. *case management*). Cilj tih terapijskih postupaka je očuvanje kvalitete života, osnaživanje bolesnika (i njegove okoline) te ubrzanje oporavka. Pri izradi terapijskog plana treba uzeti u obzir psihološke i psihosocijalne teškoće tog individualnog bolesnika. (13) Psihoterapija je usmjerena na istraživanje unutarnjeg svijeta osobe i odnosa s drugima, dok socioterapijski i psihosocijalni postupci naglasak stavljaju na učenje novih informacija, vještina i ponašanja. (14) Psihoedukacija se može izvoditi individualno ili u grupi, pruža bolesniku (i njegovoj obitelji) informacije vezane uz prirodu same bolesti, sprječava razvoj samostigmatizacije i nudi strategije za sprječavanje diskriminacije i stigmatizacije od strane okoline. Također nudi konkretne savjete za bolesnikov svakodnevni život. Rad s obitelji također može biti proveden individualno ili u grupi s ciljem optimizacije kapaciteta članova obitelji za potporu pacijentu i za prepoznavanje vlastite potrebe za vanjskom pomoći. Može biti utemeljen na kognitivnim, bihevioralnim, sistemskim ili psihoanalitičnim principima. Koordinacija liječenja (*case management*) je metoda alternativna bolničkom liječenju i koristi se u često hospitaliziranih, slabo suradljivih bolesnika s naglašeno otežanim funkcioniranjem i povećanim rizikom za samoubojstvo. Kognitivno bihevioralna terapija podrazumijeva rad s disfunkcionalnim mislima i njihovo povezivanje s konkretnim teškoćama koje pacijent ima; cilj te terapije je uspostava kontrole nad takvim mislima i umanjivanje njihovog učinka. Trening socijalnih vještina nudi bolesniku alate za poboljšanje vlastitog funkcioniranja u zajednici. U korištenju psihoterapije za liječenje BAP-a treba moderirati odnos između suportivnih metoda (koje se fokusiraju na jačanje obrana i potiskivanje nesvjesnog) i analitičkog pristupa (čiji je cilj analiza obrana i prevođenje nesvjesnog u svjesno). Omjer korištenja tih metoda ovisi o trenutnoj fazi bolesti i ego snagama pacijenta. Naime, u akutnoj fazi je važnije smanjiti paniku i strah koji preplavljaju bolesnika, a tek se po smirivanju tih simptoma može prijeći na razvijanje razumijevanja bolesti i povezivanje psiholoških čimbenika s razvojem kliničke slike. (13)

Elektrokonvulzivna terapija je rezervirana za najteže bolesnike koji ne odgovaraju na prethodne metode liječenja, kod izrazito suicidalnih bolesnika ili kod pojave stupora. I

bipolarna i unipolarna depresija dobro odgovaraju na ovakvo liječenje, kao i manija (kod rezistencije ili kontraindikacije za primjenu farmakoterapije). (1)

1.1.6. REHABILITACIJA

Kao što je već rečeno, BAP je jedna od bolesti koja uzrokuje značajne ispade u svakodnevnom funkcioniranju oboljelih. U njihovom liječenju je bitan kontinuitet, to jest ono ne smije prestati izlaskom iz bolnice i svesti se na kontrole kod nadležnog psihijatra jer mnogi na taj način „ispadnu“ iz sustava, do ponovne pojave bolesti i potrebe za hospitalizacijom. Da bi se pacijentima omogućio najbolji mogući život, potrebno im je pružiti terapijske mogućnosti koje osnažuju njihove postojeće kapacitete te premošćuju trajne nemogućnosti. Upravo je to zadaća rehabilitacije. Otvaranje dnevnih centara koji su te postupke provodili je započelo 50-ih i 60-ih godina prošlog stoljeća potaknuto promjenom paradigme da bolesnici beskonačno dugo ostaju u bolnici. Utvrđeno je da dulji boravci u instituciji dovode do gubitka već usvojenih vještina jer takav sustav ne potiče samostalnost. S obzirom na skraćivanje vremena hospitalizacije, javila se potreba za razvojem mreže socijalne podrške i rehabilitacije koja bi osigurala da se bolesnici oporave u najvećoj mogućoj mjeri. Tako se taj pristup našao u preporukama Svjetske zdravstvene organizacije i Svjetske psihijatrijske udruge, a njegova primjena se podupire i u Deklaraciji UN-a, Madridskoj deklaraciji Svjetske psihijatrijske udruge i drugim dokumentima. Koriste se brojne metode, kao što su: koordinirano liječenje (eng. *case management*), trening socijalnih vještina, rad s obitelji, potpomognuto zapošljavanje, grupe podrške itd. Ako se prisjetimo etiologije BAP-a, može se zaključiti da bolest nastaje interakcijom bioloških, psiholoških i socijalnih faktora te bi zanemarivanje bilo koje od tih komponenti prilikom planiranja liječenja smanjilo mogućnost povoljnog ishoda. Rehabilitacija nudi objedinjavanje svih navedenih komponenti, jačanje protektivnih i uklanjanje rizičnih faktora. Važna je individualna procjena potreba, nedostatka, snaga i rizika kod svakog bolesnika ponaosob te prenošenje mehanizama za nošenje sa stresom. Stres je važan faktor koji modelira tijek bolesti, a pacijentima često svakodnevne situacije budu njegov izvor jer, čak i one, nadilaze njihove kapacitete. Adekvatno provedena rehabilitacija je povezana s povoljnijim ishodom bolesti, kraćim

hospitalizacijama, manjim troškovima liječenja i boljim sudjelovanjem oboljelog u zajednici. Cilj liječenja psihičke bolesti postao je oporavak. On ne znači nužno potpuno povlačenje simptoma, nego vođenje normalnog života usprkos vlastitoj bolesti, preuzimanje uloge zdrave osobe i kontrole nad svojim životom. Osnaživanje se odnosi na detekciju snaga, vještina i kapaciteta koje pacijent posjeduje te njihovo daljnje razvijanje. (14) U danjem tekstu će biti detaljnije obrađeni trening socijalnih vještina, koordinirano liječenje i načela rada s obitelji.

1.1.6.1. Trening socijalnih vještina

Socijalno vješta osoba uspješno prenosi okolini poruke te na taj način ostvaruje svoje potrebe, prava i želje što je preduvjet za samoaktualizaciju. U bolesnika su te vještine često manjkave, a bez njih je znatno umanjena šansa za normalno funkcioniranje u zajednici. Preduvjet za izvođenje ovog oblika terapije je da postoji sposobnost praćenja uputa, usmjeravanja pažnje i koncentracija na proces treninga. Može se provoditi individualno, grupno ili s članovima obitelji.

U terapijskom postupku se naglasak stavlja na usvajanje samopredstavljanja, aktivnog slušanja, empatije, stvaranja prijateljstava, adekvatnog izražavanja osjećaja, primanja i davanja komplimenata, itd., uz jačanje socijalne percepcije (registriranja normi, pravila i očekivanja drugih). Koristi se učenje po modelu (videozapisi, filmovi, knjige), demonstriranje terapeuta i igranje uloga.

Ovakav postupak najviše koristi onim pacijentima koji imaju problema s izvođenjem temeljnih socijalnih uloga što dovodi do toga da postaju društveno izolirani, često nezaposleni te naposljetku se prestaju adekvatno brinuti o sebi. Krajnja posljedica je ovisnost o drugima. Ovaj trening im daje alate kojima mogu povratiti svoju autonomiju. Tehnika procjene socijalnih vještina je najčešće intervju pri kojem se upotrebljava Okupacijska samoprocjena (OSA) koja se sastoji od dva dijela: ocjene sebe i okoline. Osim toga, u te se svrhe mogu upotrijebiti i igranje uloga, izvještaj bolesnika o samome sebi i naturalističko promatranje (evaluacija bolesnika prilikom spontanijih interakcija). (14)

1.1.6.2. Koordinirano liječenje

Ovaj oblik zbrinjavanja uključuje sveobuhvatnu procjenu potreba svakog od bolesnika ponaosob, terapijskih postupaka koji bi mu najviše odgovarali te koordinaciju usluga koje pružaju različite službe. Svrha je održati kontinuitet liječenja. Povezan je s boljim terapijskim ishodima i smanjenjem potrebe za hospitalizacijama. Ključna osoba je koordinator (eng. *case manager*) koji je odgovoran za dugotrajno održavanje terapijske relacije s pacijentom bez obzira gdje se on nalazi i koliko je različitih službi uključeno u njegovo zbrinjavanje. On može biti bilo koje struke koja je povezana s tim procesom (socijalni radnik, medicinska sestra, radni terapeut, psiholog; a najrjeđe je psihijatar). Izbor osobe za tu funkciju se modelira prema individualnim potrebama pacijenta te njegovim najizraženijim tegobama koje se procjenjuju na indikacijskom razgovoru. Najviše koristi od koordiniranog liječenja imaju najteži bolesnici s učestalim bolničkim liječenjem. Postoji mnogo modela po kojima se ovaj način zbrinjavanja može provesti, u nekima koordinator djeluje samostalno, dok u drugima ima podršku multidisciplinarnog tima. U Hrvatskoj se bolesnicima nude edukacija o bolesti, trening socijalnih vještina, trening za zapošljavanje, postupak sa stresom i anksioznosti, briga za vlastito zdravlje (program zdrave prehrane i tjelovježbe), kreativne terapije, kognitivna rehabilitacija, terapija socijalne anksioznosti; program rada s obitelji (u grupi ili individualno), uz savjetovanje; pomoć pri korištenju sustava socijalne skrbi, zapošljavanja i različitih udruga korisnika. Ovaj program se u Hrvatskoj provodi, kao dio implementacije Twinning projekta Europske unije, tek odnedavno u sklopu projekta Ministarstva zdravlja. Osnovan je prvi mobilni tim u Klinici za psihijatriju Vrapče, a s radom su počeli i timovi u Karlovcu i Slavonskom Brodu. Postoji potreba za širenjem ovog programa kao standardne usluge na području cijelog teritorija Republike Hrvatske. Nažalost, u Hrvatskoj je naglasak stavljen na hospitalno liječenje te rehabilitacijski programi nisu dostupni 24 sata dnevno niti na cijelom području države te se oni ne odvijaju u zajednici, kao što nalažu preporuke, već u bolničkom okruženju. (14)

1.1.6.3. Načela rada s obitelji

Obitelj čini neposredno okruženje u kojem se pacijent nađe nakon izlaska iz bolnice, tijekom aktivne epizode ili u stadiju remisije, stoga ne čudi da su terapijski postupci koji uključuju i njih povezani s manjim brojem i blažim oblicima relapsa. Oni su saveznici i partneri u ostvarivanju zajedničkog cilja – što boljeg oporavka bolesnika. U odsustvu terapije koja uključuje obitelj, ona može biti faktor koji pogoršava bolest. Naime, učestalo je traženje krivca za njenu pojavu, separacijska anksioznost, strah od gubitka uloge, pretjerano zaštitničko ponašanje zbog kojeg se pacijent tretira poput bespomoćnog djeteta; gubitak osobe koju su poznavali prije bolesti, nada i planova koje su za nju imali, što uzrokuje tugu, a žalovanje često bude neadekvatno odrađeno jer je gubitak nesvjestan; postavljanje previsokih i nerealnih ciljeva pred oboljelog, poricanje bolesti, itd. Nerijetko je prisutan osjećaj srama, krivica i strah koji mogu rezultirati samostigmatizacijom, kako bolesnika, tako i ostatka obitelji. Obiteljske intervencije nude informacije o etiologiji bolesti, učinku stresa na pojavu novih epizoda, pogled iz bolesnikove perspektive te alate za poboljšanje komunikacije među članovima. Na taj način se negativno djelovanje može prevesti u protektivne faktore. (14)

1.2. OBITELJSKA TERAPIJA

Obiteljska terapija u liječenju BAP-a je preuzeta i modificirana iz devetomjesečnog bihevioralnog terapijskog programa za oboljele od shizofrenije i njihove obitelji. Komponente te terapije su psihoedukacija, trening komunikacijskih vještina (eng. *communication enhancement training*, CET) i trening rješavanja problema (eng. *problem-solving skills training*). Osamdesetih godina 20. stoljeća, poneseni otkrićima i napretkom znanosti iz 60-tih i 70-tih, dolazi do promjene u viđenju nastanka BAP-a i nekih drugih psihijatrijskih bolesti pa se tako napuštaju ranije teorije razvoja tih stanja, koje kao glavni uzrok navode patološko obiteljsko okruženje. Umjesto toga se fokus „krivice“ prebacio na genetsku predispoziciju takvih pojedinaca za razvoj svoje bolesti. Nastojanja da se umani okrivljavanje roditelja su dovela do novog problema: centar terapije postaje sam bolesnik uz zanemarivanje njegovog šireg, obiteljskog konteksta. Danas se teži uspostavi ravnoteže između toga da se izbjegne okrivljavanje i stigmatizacija bolesnikovih roditelja, uz istovremene napore da se

reorganizira njihov odnos, smanje konflikti i poboljša međusobna komunikacija. Te komponente su prepoznate kao čimbenici koji utječu na tijek razvoja bolesti. Treba naglasiti da član obitelji u terapiji može biti roditelj, supružnik, brat ili sestra, dijete, itd. (15)

Potreba za obiteljskom terapijom je proizašla iz činjenice da većina članova obitelji osoba oboljelih od BAP-a traži načine na koje se nose s teškoćama proizašlim iz bolesti. Ako se prisjetimo kliničke slike, postaje jasno zašto se većina njih boji relapsa; postaju tjeskobni i od same pomisli da bi se bolest mogla aktivirati u bilo kojem trenutku, pažljivo promatraju i najmanje promjene u pacijentovom raspoloženju, strahujući da će prerasti u ozbiljnije tegobe te nerijetko pod svaku cijenu inzistiraju na pridržavanju terapiji. To može otići u ekstrem pa se znalo dogoditi da članovi obitelji daju otkaz na poslu kako bi se to ostvarilo, što u zajednici stvara dodatno ekonomsko i društveno opterećenje tom bolešću.

Nakon manične faze, velik broj bolesnika se nije sposoban brinuti o sebi, učestalo prekomjerno piju alkohol ili uzimaju psihoaktivna sredstva zbog zaostalih promjena u raspoloženju te prestaju uzimati lijekove i bolest se ponovo aktivira. Oboljeli često nekritički inzistiraju na vlastitoj samostalnosti, a na kraju se dogodi baš suprotno – postaju jako ovisni o svojoj rodbini. (15)

Uloga članova obitelji postala je aktivnija i značajnija deinstitutionalizacijom pacijenata. Posljedica skraćivanja hospitalizacije je da se bolesnik vraća svojoj obitelji s više rezidualnih simptoma koji su jače izraženi, (16) te se u današnje vrijeme naglasak stavlja upravo na izvanbolničko liječenje koje pacijentu nudi boravak u vlastitom domu u najvećoj mogućoj mjeri. Upravo ovdje značajne postaju psihosocijalne intervencije koje uključuju rad s obitelji. (14) Briga za takvog bolesnika je vrlo složena i iscrpljujuća, a istovremeno postoji opasnost od nepružanja adekvatne potpore i usmjerenja onima koji ju provode. (17) Dore i Romans opisuju da 30% članova obitelji percipira maničnu fazu najstresnijom za njih, a 19% je tako opisalo depresivnu fazu. 46% tvrdi da su obje jednako uznemirujuće za njih. Na prvom mjestu ponašanja koja najviše uznemiruju našli su se agresija i nasilnost u sklopu manije. (18) 89-91% njih tvrdi da ima osjećaj „subjektivnog opterećenja“ (eng. *subjective burden*), a 24-38% njih prelazi patološku granicu samoprocjenske ljestvice za depresivne simptome. Pružanje skrbi takvom bolesniku dvostruko povećava

šanse da se članu obitelji ponovi epizoda u sklopu velikog depresivnog poremećaja, koji je čest u toj populaciji. (19) Pokazalo se da veliko subjektivno opterećenje smanjuje sposobnost da se bolesniku pruži adekvatna skrb što rezultira lošijim ishodom bolesti za pacijenta. (19) Perlick i sur. su ustvrdili da je osjećaj opterećenja izraženiji u onih koji vjeruju da bolesnik ima potpunu kontrolu nad svojim ponašanjem i simptomima. (16)

Pojedini autori navode da je stigmatizacija bolesnika povezana s jače izraženim depresivnim simptomima i lošijim samopouzdanjem pacijenata te neuzimanjem terapije. Također se ističu povezanost stigmatizacije nakon epizode bolesti s lošijom društvenom prilagodbom, čak i mjesecima nakon same epizode. (18)

1.2.1. TERAPIJSKI POSTUPAK

Terapijski postupak traje 9 mjeseci, sastoji se od 21 seanse u kojima se provode: psihoedukacija jednom tjedno kroz tri mjeseca; trening komunikacijskih vještina (u početku jednom, a kasnije dva puta tjedno) te trening rješavanja problema koji se u početku provodi dva puta tjedno, a potom jednom mjesečno do kraja 9. mjeseca terapije. CET se provodi od kraja trećeg do petog ili šestog mjeseca terapije. Taj plan je fleksibilan i ovisan o procjeni terapeuta pa ako on zaključi da bi nekom konkretnom bolesniku i njegovoj obitelji bolje odgovarao drugačiji redoslijed, moguće je to napraviti. Seanse se izvode u domu bolesnika i njihovih obitelji. Šest je glavnih ciljeva terapije. (15) Ishod kojem se teži je bolje razumijevanje same bolesti, promicanje pozitivnih stavova i promjene u ponašanju. (16)

Tablica 5. Ciljevi obiteljske terapije, prema Miklowitz i Chung (15)

Rbr.	Cilj
1.	Integriranje iskustava povezanih s manijom i depresijom
2.	Prihvatanje mogućnosti javljanja novih epizoda bolesti
3.	Prihvatanje nužnosti farmakoterapije i kontrole simptoma
4.	Razlikovanje bolesnikove osobnosti od BAP-a
5.	Prepoznavanje i nošenje sa stresnim događajima koji bi mogli potaknuti epizodu bolesti
6.	Ponovna uspostava normalnog odnosa bolesnika i obitelji nakon epizode bolesti

1.2.1.1. Psihoedukacija

Ovaj dio terapije se provodi s bolesnicima, njihovim roditeljima, supružnicima, braćom, sestrama i bilo kojim dostupnim članom šire obitelji. Seanse su poučnog karaktera. Terapeut naglašava da je bolesnik „stručnjak“ za opis maničnih i depresivnih stanja, a kao pomoć pri prisjećanju simptoma služe pisani materijali koje terapeut donosi (eng. *handouts*). Zatim se u opis uključuju i članovi obitelji sa svojim viđenjem tih događaja, nadopunjujući bolesnikov opis. Pokušava se odrediti vremenski točan slijed zbivanja, je li bilo kakvih stresogenih događaja prije epizode, definira se kada su simptomi počeli, kako i kada su se pogoršavali kroz vrijeme i kada su se bolesnik i njegova obitelj odlučili zatražiti stručnu pomoć. Ispituje se je li pacijent imao suicidalnih ideja ili pokušaja te se proba dokučiti što su bili okidači za to. Terapeut nastoji prenijeti sudionicima terapije da su suicidalne misli učestale u oboljelih, da često prate cikličke promjene raspoloženja i pojedine simptome, npr. poremećaje u ciklusu spavanja. Edukacija je fokusirana na to da prisutnima objasni da uzroci nastanka BAP-a nisu posve razjašnjeni, ali da je poznato da se poremećaji raspoloženja češće pojavljuju unutar pojedinih obitelji, da adolescenti s jače izraženim promjenama raspoloženja češće razvijaju poremećaje raspoloženja u odrasloj dobi; da je bolest uzrokovana disbalansom prijenosa informacija u mozgu te da bolesnici dugo vremena, neki i cijeli život, ostaju ovisni o svojoj terapiji. Naglašava

se uloga stresa kao okidača za razvoj epizoda uz napomenu da se stres ne može izbjeći, ali postoje načini da se umanju njegov učinak na pacijenta i samu bolest. Preduvjet za to je identifikacija stresora za tog konkretnog bolesnika. Kako se taj dio terapije približava kraju, obitelj i oboljeli, uz terapeutovu pomoć, izrađuju plan za prevenciju relapsa koji se sastoji od popisa mogućih prodromalnih simptoma, stresora i intervencija koje sprječavaju razvoj potpuno razvijene kliničke slike (moduliranje farmakološke terapije, psihosocijalne metode, itd.). (15)

1.2.1.2. Trening komunikacijskih vještina

Ovaj dio terapije počinje u šestoj ili sedmoj seansi (od njih ukupno 21). Cilj je prekinuti dosadašnje loše obrasce komunikacije, uvesti aktivno slušanje i izraze empatije te popraviti ravnotežu između izražavanja kritika i pohvala. CET nalikuje kognitivno-bihevioralnim modelima bračne terapije. Nije zamišljeno da obitelji na kraju komunicira inscenirano i neprirodno, već osvijestiti način na koji međusobno razgovaraju, povećati međusobnu suradljivost i priznanje. Smatra se da će kasnije, kada dođe do konflikta izvan terapije, svi sudionici imati vještine da ga razriješe. (15)

1.2.1.3. Trening rješavanja problema

Ovaj modul terapije se provodi zadnje tri do četiri seanse. Fokusiran je na detektiranje konflikata u toj obitelji, na grupnom „vihoru misli“ (eng. *brainstorming*) za moguća rješenja tih situacija te analizi svake od tih ideja. Na kraju grupa odabire najbolja rješenja i razvija ih u konkretan plan. Neki se problemi ne mogu riješiti na taj način; Miklowitz i sur. navode primjer koji se učestalo sreće, a to je bolesnikova odluka da prestane uzimati lijekove ili negira postojanje svoje bolesti. On tu odluku može skrivati i dulji period tijekom same terapije te se može dogoditi da terapeut do tog podatka dođe sasvim slučajno. Danji postupak se obavlja u tonu koji nije prijeteći, uključuje sudjelovanje svih članova obitelji i ovisi o tome je li bolesnik punoljetan ili ne; ako je riječ o odrasloj osobi, treba naglasiti da bolesnik ima pravo odlučivanja o sebi te ispitati koji su njegovi razlozi za prekid terapije ili moguća alternativna

objašnjenja za njegovu bolest. Zatim terapeut nudi svoje viđenje situacije, podsjeća pacijenta i obitelj na posljedice neuzimanja lijekova i prirodni tijek bolesti, na činjenicu da su lijekovi protektivni faktor te na plan za prevenciju relapsa oko kojeg su se zajednički dogovorili. Ako je bolesnik mlađi, također valja istražiti razloge za njegovu odluku jer se često u podlozi zna skrivati skepsa samih roditelja prema djelotvornosti medikamenata. Ponekad je potrebno provesti i seanse samo s roditeljima prije nastavka obiteljskih seansi da bi se unificirala očekivanja od farmakoterapije, što onda učvršćuje i djetetove stavove. (15)

1.2.2. ISKAZANE EMOCIJE

Koncept iskazanih emocija (eng. *expressed emotion*, EE) se pokazao bitnim za tijek bolesti i ishod terapije u psihijatrijskih bolesnika. U proučavanju bolesnika sa shizofrenijom, velikim depresivnim poremećajem, BAP-om i drugim dijagnozama, uočeno je da bolesnici koji su iz obitelji s pretjerano izraženim emocijama imaju dva do tri puta veću vjerojatnost za ponovnu epizodu bolesti unutar 9 mjeseci do godinu dana iza provedbe procjene EE-a. (15) Treba naglasiti da je to mjera koja opisuje obitelj, a ne samog pacijenta. (20) Za procjenu iskazanih emocija se koristi Camberwellov obiteljski intervju u trajanju od jedan do dva sata u kojem se članovi bolesnikove obitelji intervjuiraju o tri mjeseca koja se prethodila epizodi bolesti, s tim da se razgovor snima. Nakon toga, stručna osoba preslušava snimku i bilježi broj kritika upućenih bolesniku, razinu iskazanog neprijateljstva i razinu emocionalne preangažiranosti (eng. *emotional overinvolvement*, EOI). (15) Osim sadržaja, ocjenjuje se i ton kojim je iznesen, zato je bitno da intervju bude u audio ili video zapisu. (14) Na temelju tih triju komponenti se obitelji ocjenjuju kao one s pretjerano izraženim emocijama (eng. *high in expressed emotion*) ako je iskazano šest ili više kritika upućenih pacijentu, ako se javlja neprijateljski stav (u sadržaju ili načinu govora) ili ako pokazuju znakove emocionalne preangažiranosti (pretjerano žrtvovanje, zabrinutost i protektivnost, prenaglašene emocionalne reakcije ili nejasne granice u odnosu s oboljelim). Ako te komponente nisu prisutne, ocjenjuju se kao obitelj s

normalno izraženim emocijama (eng. *low in expressed emotion*). (15) Camberwellov obiteljski intervju je vrlo vrijedan alat u procjeni EE-a, ali kao što se vidi iz opisa, nepraktičan je za široku uporabu: dugo traje i zahtjeva posebno educirano osoblje za provedbu. (17) S obzirom na važnost procjene EE-a u ocjeni korisnosti i provedbi terapije, razvijene su i druge metode analize iskazanih emocija: petominutni uzorak govora (eng. *Five-minute speech sample*) koji se sastoji od sličnih pitanja kao i Camberwellov obiteljski intervju, ali traje znatno kraće, kako za uzorkovanje, tako i za procjenu rezultata; nalaženje još snažnijih prediktivnih čimbenika od EE-a, Upitnik o konfliktnom ponašanju (eng. *Conflict behavior questionnaire*) te procjenu percepcije kritičnosti od strane samog pacijenta korištenjem pisanih upitnika. (16,21,22) U obiteljima s pretjeranim EE nađeni su znakovi fiziološkog odgovora na stres u pacijenata, pogotovo prilikom razgovora s članovima obitelji. Takvi su roditelji skloniji upućivati kritike bolesniku, a oni s naglašenom komponentom preangažiranosti često iznose tvrdnje kao da bolesniku „čitaju misli“ (eng. *mind-reading statements*); također se izražavaju manje jasno i s više devijantnih obrazaca. U njihovoj se komunikaciji može uočiti „lanac“ koji je usporediv s igrom tenisa u kojem pacijent i član obitelji međusobno izmjenjuju kritike. Kod bolesnika iz takvih obitelji češće dolazi do neslaganja s roditeljima/skrbnicima praćenog verbalnim konfliktom i otporom prema njihovim idejama ili planovima. Te su pojave kontraproduktivne i jedan od zadataka terapije je promijeniti te obrasce. (15) Članovi obitelji s pretjerano izraženim emocijama su manje fleksibilni i zato češće pojedine simptome i ponašanja bolesnika tumače kao voljne, odnosno kao da on ima kontrolu nad njima, a njihova očekivanja od pacijenta su modelirana po onom što oni vjeruju da bi činili da su na njegovom mjestu. Ta vjerovanja dovode do razvoja neprijateljskog stava i kritika upućenih oboljelom kao rezultat bijesa koji nastaje kao reakcija na postupke koje oni smatraju namjernima i pod potpunim nadzorom pacijenta. (20) Razlog zbog kojeg terapija, u većini slučajeva, počinje psihoedukacijom je upravo taj da bi se negativne događaje i ponašanja bolesnika povezalo sa samom bolešću, a ne njegovim voljnim izostankom kontrole nad njima. (15) Ako je u komunikaciji vidljiva hostilnost, treba imati na umu da se u podlozi često može kriji odbacivanje pa bi valjalo razmotriti mogućnost da se bolesnik preseli od svoje obitelji. (14)

2. REZULTATI I PRIMJENA OBITELJSKE TERAPIJE

Neupitno je da psihoterapijske metode općenito, uključujući i obiteljsku terapiju, imaju pozitivne učinke te da su komplementarne farmakološkom liječenju, no opseg tih poboljšanja i međusobna usporedivost rezultata pojedinih psihoterapijskih postupaka ostaje predmet rasprava i daljnjeg istraživanja. (23) Osim za odrasle bolesnike, obiteljska terapija se može primjenjivati i za oboljelu ili rizičnu djecu i adolescente. (15)

2.1. REZULTATI

Miklowitz i Chung su u svojem istraživanju bolesnike uključivali u studiju dok su bili hospitalizirani, pretežno tijekom manične epizode i oboljele od BAP-a tipa 1. Na uzorku od 748 pacijenata uspoređivali su učinak obiteljske terapije, kratke psihoedukacije i individualne psihoedukacije jednakog trajanja. Svi bolesnici su bili i farmakološki tretirani. U bolesnika liječenih obiteljskom psihoterapijom je utvrđeno da su imali manje relapsa, brže su se oporavljali od akutnih epizoda i imali su generalno blaže simptome u razdoblju od dvije godine. (15) Učinci su bili uočljiviji za depresivne simptome, iako se ističe njihova skromnost. Slični su podatci nađeni i za interpersonalnu psihoterapiju. Također valja naglasiti da litij uspješnije liječi manične simptome pa to dodatno ističe komplementarnost farmakološkog i psihoterapijskog liječenja.

Na skromnom uzorku od 44 bolesnika je uočeno da se nakon provedbe obiteljske terapije promijenio i opći ton u komunikaciji bolesnika i roditelja/supružnika na način da je postao više pozitivan. (24)

U usporedbi obiteljske terapije i terapije kriznog menadžmenta, koja se sastojala od dvije seanse psihoedukacije praćene intervencijama po potrebi, nađeno je 61% relapsa u kontrolnoj skupini, dok je taj broj u skupini liječenoj obiteljskom terapijom bio tek 11%. Utvrđeno je i da, u grupi liječenoj obiteljskom terapijom, bolesnici imaju manje izražene simptome i dulja razdoblja remisije. Nakon perioda od dvije godine u

kojem se pratilo pacijente, zabilježeno je i ublažavanje maničnih simptoma koje je povezano s boljom suradljivošću pri uzimanju terapije. (12)

U sklopu STEP-BD studije proučavani su ishodi 293 bolesnika oboljelih od oba oblika BAP-a koji su se u tom trenutku nalazili u depresivnoj fazi. 163 ispitanika su bila podvrgnuta intenzivnim tretmanima psihoterapije jednom ili dva puta tjedno tijekom 9 mjeseci, ukupno je provedeno do 30 seansi. Intenzivni tretmani su uključivali obiteljsku, interpersonalnu, kognitivno-bihevioralnu i terapiju socijalnog ritma. Preostalih 130 pacijenata je bilo tretirano kratkom psihoedukacijskom intervencijom kroz 6 tjedana tijekom kojih su održane 3 seanse. Bolesnici tretirani intenzivnom psihoterapijom su se u većem broju oporavili od epizode kroz narednih godinu dana (64.4% u usporedbi s 51.5% u onih tretiranih kratkom psihoedukacijom) uz kraće vrijeme oporavka te su imali 1.58 puta veće šanse da budu klinički dobro u bilo kojem mjesecu istraživanja u usporedbi s onima iz kratkog psihoedukacijskog programa. Nije nađena razlika u ishodu između pojedinačnih intenzivnih psihoterapijskih postupaka. (25)

Provedena je i randomizirana kontrolirana studija na uzorku od 53 bolesnika koja je promatrala mogućnost grupne obiteljske terapije. Pacijenti su uključeni u istraživanje u aktivnoj fazi bolesti (79% njih je bilo u maničnoj fazi) te su podijeljeni u tri grupe: prva je bila tretirana individualnom obiteljskom terapijom (jedan bolesnik i njegova obitelj) i farmakološki, druga grupnom obiteljskom terapijom (više bolesnika i njihove obitelji) i farmakološki, a treća samo farmakoterapijom. Praćeni su 28 mjeseci jednom mjesečno. Na kraju je utvrđeno da se grupe nisu razlikovale po broju bolesnika koji su imali relaps bolesti, vremenu koje je do njega proteklo niti u vremenu do iduće hospitalizacije, ali je nađeno da je samo 5% bolesnika tretiranih grupnom obiteljskom terapijom trebalo hospitalizaciju, dok je u skupini tretiranoj individualnom obiteljskom terapijom taj udio bio 31%, a u liječenih samo farmakoterapijom 38%. Ti rezultati ukazuju na to da je druga skupina ispitanika imala lakše simptome jednom kada bi se bolest ponovno aktivirala. (26) U sličnom istraživanju, autori su proširili promatrane ishode i uveli novi stratum u populaciju bolesnika – obiteljsko oštećenje (eng. *family impairment*; određenog McMasterovom kliničkom ljestvicom i promatranjem od strane iskusnih stručnjaka koji su sudjelovali u kreiranju spomenute ljestvice kako bi se izbjegla subjektivnost bolesnika koji su ispunjavali upitnik). Nađeno je poboljšanje kliničke slike, posebno depresivnih simptoma i dužine njihovog trajanja u bolesnika

koji su potjecali iz oštećenih obitelji i bili tretirani jednom od dvije gore navedene obiteljske intervencije. Opisano je da su imali upola manje depresivnih epizoda i vremena provedenog u depresivnom raspoloženju u odnosu na one liječene samo farmakološki. Tijek bolesti je ostao nepromijenjen za sve terapijske skupine u bolesnika čije obitelji nisu bile ocjenjene kao oštećene. (27)

Promatran je i utjecaj iskazanih emocija na ishod terapije: najznačajnije smanjenje depresivnih simptoma je nađeno u bolesnika iz obitelji koje su na početku istraživanja bile visoko kritične. (15) Obitelji čiji su članovi bili neprijateljski nastrojeni jedni prema drugima ne pokazuju promjenu u tim obrascima ponašanja, ali je uočeno da nakon primjene obiteljske terapije povećavaju količinu pozitivnih interakcijskih obrazaca što je utjecalo na stabilizaciju promjena raspoloženja u bolesnika. (12) Istraživan je i utjecaj pojedinih komponenti EE-a, posebno emocionalne preangažiranosti (EOI). U pacijenata čije obitelji pokazuju niske razine neprimjerenog žrtvovanja (eng. *inappropriate self-sacrifice*) i obiteljska terapija i kratka psihoedukacija uzrokuju podjednako poboljšanje u maničnim simptomima kroz dvije godine praćenja, dok kod onih s visokom razinama neprimjerenog žrtvovanja obiteljska terapija poboljšava simptome, a kratka psihoedukacija uzrokuje pogoršanje manije. Niske i umjerene razine primjerenog žrtvovanja su povezane s poboljšanjem depresivnih simptoma nakon obiteljske terapije, dok se nakon kratke psihoedukacije nije zabilježila promjena u depresiji. U odsutnosti terapije, niska i umjerena razina primjerenog žrtvovanja su povezane s usporenim povlačenjem depresivnih simptoma što odgovara podacima da premale razine društvene potpore dovode do produljenog vremena oporavka, povećane mogućnosti relapsa i nedovoljnog oporavka depresivnih simptoma. Ovaj utjecaj nije zabilježen za maniju. Opisano je da su neprimjerena ponašanja od strane bolesnikove obitelji imala utjecaj na manične simptome nakon obiteljske terapije, bez utjecaja na depresivne simptome. Upravo je suprotno uočeno u obiteljima s izraženim primjerenim žrtvovanjem: utjecaj je bio vidljiv na depresivne, ali ne i na manične. (28) Mogući razlog za ove rezultate je to da obiteljska terapija ciljano utječe na ponašanja koja se mogu naći u obiteljima s pretjerano izraženim emocijama. Obitelji su jednakom učestalošću prelazile iz onih s pretjerano u one s normalno izraženim emocijama i obrnuto. (15)

Na uzorku od 92 bolesnika u akutnoj fazi bolesti (BAP-a tipa 1) nije nađena razlika u broju oporavljenih pacijenata niti u vremenu koje im je za taj oporavak trebalo između

onih tretiranih obiteljskom terapijom (grupnom i individualnom, obje skupine su istovremeno bile i farmakološki liječene) i isključivo farmakoterapijom. Autori naglašavaju da od ishoda nisu istraženi psihosocijalno funkcioniranje, suradljivost pri uzimanju lijekova i zaštita od javljanja novih epizoda bolesti. Samo se 58% istraživanih bolesnika oporavilo od akutne faze u vremenu trajanja studije (28 mjeseci), što je mogući indikator da je ta skupina pacijenata bila težeg oblika bolesti. (29)

Analiza utjecaja stadija bolesti je pokazala da osobe u ranijem stadiju, dakle oni koji imaju manji broj prethodnih epizoda, psihosocijalno su funkcionalniji i imaju češća i dulja razdoblja eutimije, bolje reagiraju na terapiju. Najbolje razdoblje za procjenu oštećenja je u remisiji jer su tada vidljive trajne promjene. Uzrok slabijem djelovanju obiteljske terapije na bolesnike u kasnijim stadijima mogu biti otežana mogućnost utjecanja na stavove, ponašanja i općenito obiteljsko funkcioniranje kod bolesnika koji su kronični i imaju teže kliničke oblike bolesti, veći stupanj opterećenosti članova obitelji na kojeg je teže utjecati, a veća je i emocionalna iscrpljenost te broj razvijenog sindroma izgaranja (eng. *burn out*) kod rodbine koji modificiraju njihov odgovor na terapiju. Neurotoksični učinak zbog ponavljanih epizoda bolesti je ireverzibilan i nedostupan korekciji, no ako se terapija dovoljno rano započne, može se spriječiti njegov nastanak. (30)

Pregledi literature nude raznolike rezultate koji su slabe do umjerene kvalitete. Rezultati pokazuju da obiteljska terapija smanjuje pojavu relapsa, iako autori naglašavaju da su ti podatci slabe kvalitete. Umjereno kvalitetni podatci ukazuju na to da individualna terapija za 34% smanjuje rizik od relapsa. Zaključak pregleda je da su podatci nedovoljno relevantni i usporedivi da bi se iz njih izvukli konkretni zaključci. (2,19) Valja imati na umu da su učinci obiteljske terapije često odgođeni. (12)

2.1.1. PROFIL BOLESNIKA

Iz navedenih podataka se da zaključiti da se obiteljska terapija pokazala najučinkovitija za bolesnike u ranijem stadiju bolesti koji dolaze iz obitelji s pretjerano

izraženim emocijama (ili prenaplašenom bilo kojom od komponenti EE-a: EOI, kritičnost, neprijateljsko raspoloženje) ili oštećenjem u obiteljskom funkcioniranju. Svi ovi faktori (osim ranijeg stadija) povezani su s lošijim ishodom i težim oblikom bolesti pa je posebno vrijedna intervencija koja na njih utječe. Primjena obiteljske terapije u takvih bolesnika ima značajniji utjecaj na depresivne simptome, a istovremeno je učinak stabilizatora raspoloženja na njih slabiji nego na manične, tako da se kombinacijom tih metoda postiže cjelovit učinak na sve simptome.

Iako se pokazalo da postoji povezanost između EE-a i ishoda obiteljske terapije, postavlja se pitanje koja je točno njihova uzročno-posljedična veza. Obitelji su mijenjale razine izraženih emocija u 30% slučajeva i to jednakom učestalošću iz onih s pretjerano u one s normalno izraženim emocijama (17%) i obrnuto (12%). Te promjene su zabilježene i u obiteljima koje su liječene obiteljskom terapijom, kao i u onima koje su bile tretirane kratkom psihoedukacijom te se nije utvrdila njihova povezanost sa simptomima u bolesnika. (15) Isto tako je ukazano na činjenicu da članovi obitelji koji su se prije terapije neprijateljski odnosili jedni prema drugima nastavljaju s tim obrascima ponašanja i nakon terapije, ali je promjena vidljiva u tome što im se povećao broj pozitivnih interakcija i izjava. (12) Dakle, zaključak koji se nameće je da cilj ove terapije nije djelovanje na razinu iskazanih emocija, već uspjeh te metode biva moderiran njome na način da je ona prediktor odgovora na terapiju. Određivanje razine iskazanih emocija služi za probir onih bolesnika i njihovih obitelji za koje je najvjerojatnije da će terapija polučiti uspjeh. (15) Ta procjena je vrlo bitna jer je u stvarnosti nemoguće ponuditi svim oboljelima ovu vrstu tretmana, na ovaj način ona dolazi do onih koji ju najviše trebaju. (28)

2.1.2. BUDUĆA ISTRAŽIVANJA

Pregledi literature ističu niz problema koji ometaju procjenu učinkovitosti obiteljske terapije i njenu usporedbu s ostalim psihoterapijskim metodama. Njihovo rješavanje bi dovelo do boljeg razumijevanja ovog oblika terapije i, potencijalno, do veće motivacije za njenu provedbu u sustavu zdravstva. Nažalost, istraživanja često ne nude visoko kvalitetne pa čak ni umjereno kvalitetne dokaze. (2) Jedna od primjedbi se tiče načina provođenja studija, naime one su ili presječne, njima je nemoguće

procijeniti stvaran uzročno-posljedični slijed, ili longitudinalne, ali s prekratkim vremenom praćenja ispitanika što otežava sagledavanje svih posljedica, njihove jačine i trajanja učinka. Manjkava je i detekcija mehanizama za nastanak tih učinaka. Druga česta primjedba je neujednačenost uzoraka ispitanika među studijama te njihov premali broj u pojedinim uzorcima. Nadalje, bolesnici se u istraživanja uključuju u različitim fazama bolesti s različito izraženim simptomima, neujednačeno je i trajanje i težina BAP-a među pojedinim pacijentima; gotovo svi uzimaju farmakoterapiju, no ona se rijetko kontrolira i propisuje od strane istraživača, a nepoznata ostaje i suradljivost bolesnika pri uzimanju te terapije. Nedovoljno se bilježe možebitni životni događaji koji utječu na tijek bolesti i mogu rezultate istraživanja odvesti u pogrešnom smjeru, a nejasno ostaje i u kojoj fazi bolesti je najbolje provoditi terapiju (tijekom ili na kraju epizode, u fazi eutimije, itd.) te gdje bi se točno ona trebala provoditi (u domu bolesnika, u bolničkom okruženju, itd). Buduća bi se istraživanja trebala baviti omjerima učinaka i troškova pri provedbi ovakve terapije jer, iako su takve studije provedene, još ih je uvijek premalo za čvrste zaključke. (2,16,17) Neujednačeni su i promatrani ishodi u bolesnika što onda onemogućava usporedbu rezultata među istraživanjima, a nedostaju i procjene potencijalnih neželjenih učinaka. U budućnosti bi se trebalo provoditi više randomiziranih studija i bolje odrediti koja su, ne samo ekonomska, nego i emocionalna ulaganja i očekivanja od strane bolesnika i njihovih obitelji. (23) Nije istraženo ni utječe li način na koji je pacijent povezan s članom obitelji (roditelj, supružnik, dijete, sestra, brat) na ishod terapije. (17)

2.1.3. PROVEDBA OBITELJSKE TERAPIJE U PRAKSI

Jedna od barijera za implementaciju obiteljske terapije u dovoljnoj mjeri je skepsa pružatelja zdravstvenih usluga prema učinkovitosti ovakvog oblika liječenja koja je proizašla, između ostaloga, i iz nedostatka kvalitetnih dokaza. Nedostaju procjene o mogućim troškovima ovakvog liječenja, kao i o mogućnostima provedbe. Daljnje osmišljavanje i izvođenje kvalitetnih istraživanja bi taj problem trebala značajno umanjiti. Miklowitz i sur. opisuju edukaciju i trening obiteljske terapije s pružateljima usluga u mentalnom zdravlju koja je promijenila njihove stavove o toj vrsti terapije i

ispravila predrasude i krive pretpostavke ukazujući na komponentu pogrešne informiranosti prilikom krojenja usluga koje se nude korisnicima sustava zaštite mentalnog zdravlja. (15)

Problemi vezani uz korisnike obiteljske terapije uključuju situacije u kojima bolesnik nema rodbine (ili nema kontakta s njima), kada ona odbija sudjelovanje u seansama; kada obitelj i pacijent žive daleko, nemaju osiguran transport ili financijske mogućnosti za provedbu terapije (valja imati na umu da autor govori o američkom zdravstvenom sustavu), nedostatak vremena za seanse i strah od stigmatizacije. Moguće rješenje za neke od tih problema se pojavilo u vidu razvoja tehnologije pa tako danas na raspolaganju imamo elektroničku poštu, programe telemedicine (npr. preko *skype-a*) i razne aplikacije preko pametnih uređaja. Primjena tih inovacija povećava učinkovitost i smanjuje troškove za provedbu terapije te ju čini dostupnom širem krugu korisnika. Prijetnje koje će se potencijalno javiti širenjem ovakve prakse (smanjenje osobnog pristupa bolesniku i otuđenje) treba dodatno istražiti te ih imati na umu. (15,17)

Barijere koje muče terapeute je već prenatrpan radni dan, nedostatak vremena i educiranog osoblja za provedbu obiteljskih intervencija općenito. (14,17)

Prva studija koja je istražila mogućnosti implementacije obiteljske terapije u zdravstveni sustav provedena je u Italiji. Pokazalo se da je model takve terapije u njihovim uvjetima provediv, dapače, bio je dobro prihvaćen i od strane medicinskog osoblja, bolesnika i njihovih obitelji. Terapeuti (8 psihijatar, 5 medicinskih sestara/tehničara koji rade na psihijatrijskim odjelima, 2 klinička psihologa i 1 rehabilitacijski terapeut) ističu visoku razinu zadovoljstva i povjerenja u svoj klinički rad. Glavni problemi pri provedbi su bili organizacijske prirode, terapeuti su trebali uklopiti ovu intervenciju u svoj svakodnevni raspored i nerijetko bi ju obavljali izvan radnog vremena (kao dodatnu obavezu) te su se žalili na nedostatak vremena. Drugi veliki problem je bila nevoljkost njihovih kolega da im upute bolesnike i njihove obitelji koji bi bili povoljni za ovakav oblik intervencije. Kako je studija napredovala, te teškoće nisu gubile na značaju. Opservacije vezane za edukaciju terapeuta upućuju na veću uspješnost onih programa koji se protežu kroz nekoliko mjeseci, potiču aktivno učestvovanje sudionika i uključuju metode kao što je igranje uloga i kliničke rasprave. Autori ovog istraživanja ističu da, zbog specifičnosti talijanskog mentaliteta

i velike povezanosti članova u njihovoj tipičnoj obitelji, terapeuti imaju više iskustva u radu s rodbinom oboljelih, koja je i spremnija na aktivno sudjelovanje u terapiji oboljelog člana. Ovo je istraživanje sagledavalo samo stavove terapeuta, čiji je uzorak bio malen, ne ispitavši stavove korisnika terapije. Konačan zaključak je da je ovakva vrsta intervencije provediva. (31)

Većina istraživanja je provedena u SAD-u, manji dio u Europi pa se postavlja pitanje može li ovakva vrsta terapije biti provedena u drugačijem kulturnom i socijalnom okruženju. Odgovor na to pitanje pokušali su dati Ozerdem i sur. provodeći obiteljsku terapiju u specijaliziranoj klinici u gradu Izmiru (Turska) na uzorku od 10 bolesnika i njihovih obitelji. Tipična turska obitelj, kao što je slučaj i s talijanskom, ima snažne obiteljske veze i rodbina je često uključena u terapijske postupke nad bolesnikom. Tako je u ovom istraživanju utvrđen velik odaziv članova obitelji koji su bili generalno zadovoljni terapijom, a posebno olakšanje im je donijelo znanje o nastanku BAP-a te im se najviše svidio psihoedukacijski dio terapije. Neki su iskazali smanjenje osjećaja krivnje i povećanje kvalitete života. Važna komponenta je bila to što je terapeut govorio isti jezik i bio istog kulturalnog nasljeđa kao i korisnici terapije. Prilagodba terapije je uključivala zamjenjivanje pismenih zadataka govornima jer je taj oblik komunikacije zastupljeniji u Turskoj. Mane istraživanja su veličina uzorka koji je premalen te nedostatak kontrolne skupine. Zaključak istraživanja je da je provedba obiteljske terapije moguća i u nezapadnjačkim sredinama. (32)

Bez obzira na različite rezultate istraživanja i implementacije obiteljske terapije u praksi, ona se nalazi kao preporuka u većini vodiča za liječenje BAP-a, pa tako i u onima koji su pisani u hrvatskim psihijatrijskim društvima.

2.2. OBITELJSKA TERAPIJA U LIJEČENJU OBOLJELE DJECE I ADOLESCENATA

Kao što je već napisano, značajan broj bolesnika svoj život s BAP-om započinje rano ili vrlo rano (15-18% prije trinaeste godine, a 50-60% prije devetnaeste). (3) U Sjedinjenim Američkim Državama 2.5% adolescenata boluje od BAP-a tipa 1 ili 2. (21) To je kritično razdoblje u razvoju mlade osobe, turbulentno je samo po sebi, a uz

dodatak bolesti težnja za vlastitom samostalnošću i autonomijom postaju još i veći izazovi. Takvi pacijenti su skloniji razvoju težeg oblika bolesti karakteriziranog čestim miješanim epizodama raspoloženja, bržim izmjenama ciklusa depresije i manije, psihotičnim simptomima, suicidalnošću i komorbiditetima (bolesti ovisnosti, poremećaj pažnje, anksiozni poremećaji). (3) Uz to, u 70 % slučajeva ne uzimaju lijekove po dogovorenom režimu, a nesuradljivost u pridržavanju terapije je još izraženija nego u odraslih bolesnika. Kao rezultat toga javljaju se još brže izmjene raspoloženja. Jačanje protektivnih faktora u mlađoj životnoj dobi i na samom početku bolesti može poboljšati ishod za te ugrožene pacijente, izbjegavajući osjećaj i međusobno predbacivanje krivnje i jačajući obiteljske odnose kao zaštitni čimbenik. (12) BAP može dovesti do zaostajanja mlade osobe u društvenom, akademskom i radnom funkcioniranju, ponekad i ireverzibilno, te je značajan i za pacijenta i za širu zajednicu. (33)

Terapije koje uključuju cijelu obitelj se čine kao razuman izbor ako se uzme u obzir da djeca i adolescenti u pravilu žive s užom obitelji koja je odgovorna za njihovu skrb te su ovisniji o njima nego odrasli bolesnici. Lako je zamisliti kako loši obiteljski odnosi imaju velik utjecaj na takvu mladu osobu.

2.2.1. MODIFIKACIJE TERAPIJE

Obiteljska terapija se primjenjuje gotovo istovjetno odraslim pacijentima uz nekoliko prilagodbi. U psihoedukacijskom dijelu je jako bitno da roditelji (i naravno bolesnik) shvate važnost redovnog uzimanja terapije po dogovoru i nadzora nad koncentracijom lijeka u krvi jer obitelj igra veću ulogu u suradljivosti nego u odraslih. Također, za razliku od odraslih pacijenata s kojima se pokušavaju definirati prodromalni, aktivni i rezidualni simptomi koji često budu suptilni i zahtijevaju porniju analizu, u adolescenata i djece se simptomatska razdoblja promatraju kao cjelina i često ih se naziva „lošim danima“ ili „promjenama raspoloženja“. Razlog tomu je veća labilnost raspoloženja, brža izmjena, kronična iritabilnost i nizak prag frustracije u adolescenata koji bi onemogućili razlikovanje suptilnijih nijansi. Mnogi roditelji ne mogu razlučiti normalno adolescentno ponašanje (veća potreba za druženje s vršnjacima, preokupacija seksom, protivljenje njihovom autoritetu) od simptoma

bolesti. Da bi se to moglo razlučiti, potrebno je ponašanje bolesnika razdijeliti u tri skupine: normalna razvojna ponašanja koja ne uključuju nužno opasnost (npr. veća potreba za druženjem s prijateljima), normalna razvojna ponašanja koja dovode djeteta u opasnost (npr. eksperimentiranje s alkoholom i psihoaktivnim sredstvima, abnormalni ciklusi spavanja i buđenja, itd.) i ponašanja koja su uzrokovana BAP-om (npr. promjene raspoloženja koje utječu na opće funkcioniranje i školski uspjeh). Prepoznavanje u koju skupinu spada pojedini oblik ponašanja, olakšava adekvatno modeliranje roditeljevog odgovora na njega. Zbog generalne labilnosti adolescentne populacije, pri izradi plana za prevenciju relapsa se više fokusira na svakodnevne oscilacije u raspoloženju i školskom ili psihosocijalnom funkcioniranju, nego na izradu dugoročnih planova za sprječavanje epizode bolesti. Cilj je na minimum dovesti štetu koja može biti nanesena odnosima bolesnika s okolinom i njegovom emocionalnom stanju. Roditeljima se daje pisani popis prijedloga s konkretnim načinima na koje se pokušava stabilizirati bolesnikovo raspoloženje (npr. da prilagode očekivanja od djeteta njegovim trenutnim mogućnostima, da upoznaju zaposlenike škole s njegovom bolešću ili da se raspitaju o posebnim školama koje imaju individualizirane programe, itd.). Promjene u treningu komunikacijskih vještina se prilagođavaju rječniku djece i adolescenata koji koriste kraće riječi, konkretnije se izražavaju i bivaju frustrirani nejasno izloženim sadržajem i insceniranim razgovorima. Tome se može doskočiti koristeći stvarne sukobe u toj konkretnoj obitelji, usmjeravajući članove da prije iznošenja svojeg sljedećeg argumenta, parafriziraju ono što je druga strana rekla. Na taj način se komunikacija održava spontanom, a opet se vježba vještina aktivnog slušanja i empatija. Trening rješavanja problema pokušava pomiriti nejednakost u položaju roditelja i djece na način da se sačuva roditeljski autoritet, a da se pritom ne potisnu previše adolescentova nastojanja za povećanjem samostalnosti koja su dio normalnog razvoja. Primjer za to bi bio da, ako dođe do situacije u kojoj se treba donijeti neka odluka, roditelj predlaže nekoliko opcija i onda, uz razgovor i odvagivanje svake od njih, donose zajedničku odluku. (33)

Iako je to prisutno i u odraslih, adolescentni bolesnici su dodatno pogođeni osjećajem da su drugačiji od drugih. To može dovesti do neprihvatanja dijagnoze, a onda i terapijskih postupaka. Ako terapeut uoči takvo što, uputno je raspraviti ta bolesnikova uvjerenja, nježno ih uspoređujući s onim što se u psihoedukacijskom dijelu terapije naučilo o BAP-u. Više je napora potrebno uložiti u sprječavanje ugrožavajućeg

ponašanja kao što su rizične seksualne interakcije, eksperimentiranje s alkoholom i drogama, vožnja u opijenom stanju, agresivnost i suicidalne aktivnosti. Osjećaju da pacijent nije sam i da ga se razumije mogu pridonijeti i iskustva ostalih članova obitelji koji se bore s poremećajima raspoloženja (koja pokazuju veću pojavnost unutar istih obitelji, tako je i šansa da još netko boluje veća). To također može malo odvući pažnju sa samog adolescenta jer im često postane naporno kada stalno imaju osjećaj da su u fokusu (eng. *hot seat*). (33)

2.2.2. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Istraživanje na uzorku od 20 ispitanika (srednja dob 14.8 godina) je pokazalo da su se kombinacijom obiteljske terapije i lijekova postigla poboljšanja u depresivnim i maničnim simptomima te u problemima s ponašanjem u vremenu od godine dana. (33)

Na uzorku od 141 adolescenta srednje dobi 15.6 godina uspoređivala se učinkovitost obiteljske terapije i kratke psihoedukacije, obje kao dodatak farmakoterapiji. Kao ishod je promatrana kvaliteta života, a mjerena je bila KINDL upitnikom. Nakon 24 mjeseca, grupe se nisu razlikovale u kvaliteti života, no primijećeno je znatnije poboljšanje u obiteljskim odnosima u grupi tretiranoj obiteljskom terapijom u tijeku aktivnog provođenja terapije, nakon čijeg prestanka je došlo do izjednačavanja rezultata. Prestanak tog učinka se tumači time da u tijeku aktivnog provođenja terapije, sudionici imaju više mogućnosti vježbati svoje komunikacijske vještine. Nakon prekida terapije, ti bolesnici imaju bolje rezultate u ocjeni svog fizičkog blagostanja (eng. *physical well-being*). Dok je terapija bila u tijeku, bolesnici iz skupine tretirane kratkom psihoedukacijom su imali bolje odnose s prijateljima, no po završetku primjene terapije je veći napredak pokazala grupa liječena obiteljskom psihoterapijom, tako da su rezultati nakon 24 mjeseca bili izjednačeni. To se tumači time da je potrebno vrijeme da se novostečene komunikacijske vještine i znanja u rješavanju problema inkorporiraju u svakodnevni život te da dođe do poboljšanja kojeg je moguće opservirati. Problemi s ovom studijom uključuju populaciju homogenu po socioekonomskom statusu i uključivanje ispitanika u istraživanje na način da su obitelji same zatražile liječenje svojih adolescenata. To sve onemogućuje

poopćavanje ovih rezultata na populaciju bipolarnih mladih osoba i djece. Oni tretirani obiteljskom terapijom su imali veći broj seansi te su pozitivni učinci koji su uočeni mogući rezultat toga. (34)

Na uzorku od 145 bolesnika se također uspoređivala kratka psihoedukacija s obiteljskom terapijom te nije nađena razlika među grupama u vremenu potrebnom za oporavak od epizode ili vremenu do ponovne pojave simptoma u razdoblju od dvije godine. Razlika se javila tek u drugoj godini praćenja i to u obliku većeg poboljšanja maničnih i hipomaničnih simptoma u grupi tretiranoj obiteljskom terapijom. To se također tumači vremenom koje je potrebno za implementiranje vještina stečenih na terapiji. Slični rezultati su dobiveni uspoređivanjem obiteljske s individualnom terapijom, ishod je bio vidljiv u drugoj godini praćenja u vidu duljih remisija i manjeg broja hospitalizacija u liječenih obiteljskom terapijom. (15)

Istraživana je i povezanost iskazanih emocija na ishode terapije. Na uzorku od 58 ispitanika srednje dobi 14.5 godina (13-17) je uspoređivana kratka psihoedukacija (tri seanse jednom tjedno) i obiteljska psihoterapija (21 seansa) te se bolesnike pratilo dvije godine. Rezultati pokazuju da su, u skupini adolescenata iz obitelji s pretjerano iskazanim emocijama, u grupi tretiranoj obiteljskom terapijom opisana veća poboljšanja maničnih i depresivnih simptoma u usporedbi s onima koji su liječeni kratkom psihoedukacijom. Ove razlike nisu nađene u adolescenata iz obitelji s primjereno iskazanim emocijama, iako je uočeno da su se manični simptomi bolje stabilizirali u skupini tretiranoj kratkom psihoedukacijom. Taj je učinak bio skroman, ali se svejedno može zaključiti da adolescentima iz obitelji s primjereno izraženim emocijama bolje odgovara manje intenzivan terapijski program. (35)

Istraživanja o upotrebi obiteljske terapije u adolescenata i djece s BAP-om su nedorečena i manjkava, u budućnosti bi se trebala provoditi na većim uzorcima i s usklađenim promatranim ishodima. Svejedno, ulaganje u ta istraživanja bi mogla dovesti do boljeg implementiranja vrijedne metode u borbi s ovim kompleksnim poremećajem.

2.3. OBITELJSKA TERAPIJA U PREVENCIJI RAZVOJA BOLESTI U VISOKORIZIČNIH ADOLESCENATA

Mnogi bolesnici i prije razvoja pune kliničke slike imaju neke od prodromalnih simptoma. Također je pokazano da određena stanja sa sobom nose povećani rizik od razvoja BAP-a (bipolarni afektivni poremećaj, neoznačeno; veliki depresivni poremećaj, ciklotimija). U mladima koji su zadovoljavali kriterije za bipolarni afektivni poremećaj, neoznačeno (BAP-NOS, eng. *bipolar disorder not otherwise specified*) imaju povećan rizik za razvoj bipolarnog poremećaja tipa 1 ili 2. BAP-NOS je karakteriziran mnoštvom manjih epizoda manije koja ne zadovoljavaju kriterije za BAP po trajanju ili broju simptoma. Taj rizik dodatno raste ako se doda pozitivna obiteljska anamneza (51% da će razviti bipolarni poremećaj tipa 1 ili 2 u razdoblju od četiri godine u usporedbi s 30% u onih bez oboljele rodbine). Podatci govore da 20-40% djece i adolescenata s velikim depresivnim poremećajem razvije BAP, a rizik dodatno povećavaju pozitivna obiteljska anamneza bipolarnog poremećaja, nagli nastanak simptoma i psihoza. Mladi s ciklotimijom su pod velikim rizikom za razvoj barem jedne manične ili hipomanične epizode. (36) Čimbenik rizika koji je najjače povezan s razvojem BAP-a je oboljeli član obitelji u prvom koljenu. Usprkos tome, većina djece oboljelih ipak neće razviti poremećaj. Najveći rizik nosi kombinacija oboljelog roditelja i BP-NOS. (37) Uporaba farmakološkog liječenja u svrhu prevencije razvoja BAP-a nije dobro istražena i podatci nisu ujednačeni, no svejedno se primjenjuje, sa skromnim rezultatima. Dodatak psihoterapije je posebno koristan u one mladeži koja odbija uzimati lijekove ili ima jake nuspojave. (36) Pravovremeno započinjanje s terapijom daje toj populaciji više vremena u kojem su funkcionalni te im time povećava šansu za razvijanje komunikacijskih vještina, školovanje, ostvarivanje neovisnosti i bolje međuljudske odnose. (21)

2.3.1. MODIFIKACIJE TERAPIJE

Terapija za ovu populaciju je nešto skraćena pa tako, umjesto standardne 21 seanse kroz 9 mjeseci, ova preinaka nudi 12 seansi kroz 4 mjeseca, od čega se 8 provode

jednom, a 4 dva puta tjedno. Terapeut nudi dodatne (eng. *booster*) seanse jednom mjesečno po potrebi. Psihoedukacija se provodi u prve četiri seanse i u tom dijelu se veći naglasak stavlja na iskustva u mirenju s dijagnozom roditelja koji boluje od bipolarnog poremećaja. Adolescenta (ili djeteta) se savjetuje da vodi evidenciju o svojim promjenama raspoloženja i posebno se dobro objašnjava utjecaj negativnih čimbenika na razvoj bolesti (zlouporaba alkohola i psihoaktivnih supstanci, provokativne interakcije s drugima, neuredan ciklus budnosti i spavanja). Na zadnjoj seansi se izrađuje plan za kontrolu raspoloženja koji stupa na snagu ako se uoče promjene u djetetovom raspoloženju. Taj je dio sličan originalnom planu obiteljske terapije.

Od pete do osme seanse se provodi trening komunikacijskih vještina koji sudionike uči izražavanju pozitivnih emocija, aktivnom slušanju, pozitivnom načinu iskazivanja potrebe za promjenom i izražavanju negativnih emocija.

Trening rješavanja problema se provodi od devete do dvanaeste seanse i uči sudionike da velike probleme (koji se čine prevelikima za rješavanje) podjele u manje, lakše rješive probleme. Zatim zajednički smišljaju popis rješenja, svako od njih se zasebno raspravi te se na koncu zajednički izaberu konačnih nekoliko solucija. Rješavanje interpersonalnih problema je posebno teško za mladež opterećenu poremećajima raspoloženja zbog njihovih teškoća u ponašanju. Ova terapija je usmjerena ka tome da im prenese vještine kako da emocionalno nabijene informacije prenesu na maksimalno miran i strukturiran način, na koji onda drugi ljudi bolje odgovaraju.

Općenito se u radu s ovom populacijom pokušavaju koristiti manje komplicirani izrazi, a pisani materijali se prilagođavaju na način da se poruke prenose pretežito slikom, a ne tekстом. Ako se radi o mlađoj djeci, roditelji se potiču da budu aktivniji u vježbi igranja uloga, dok se kod rada s adolescentima njima daje više samostalnosti. (36)

2.3.2. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Prva studija je provedena da bi se dobio odgovor je li obiteljska terapija provediva za ovu indikaciju. Uzorak je bio vrlo malen, samo 13 ispitanika, srednje dobi 13.4 godine

koji su imali roditelja oboljelog od BAP-a oba tipa. Sami ispitanici su patili od velikog depresivnog poremećaja (njih 8), ciklotimije (jedan) ili BAP-NOS-a (četiri) i imali su simptome protekli mjesec. Praćeni su godinu dana s procjenama svaka četiri mjeseca. Rezultati govore da se 85% ispitanika pridržavalo terapijskog režima, kao i da su terapeuti vrlo vjerno slijedili priručnik. Ispitanici su pokazali poboljšanje u depresivnim i hipomaničnim simptomima te u psihosocijalnom funkcioniranju. Zaključak je da je obiteljska terapija provediva u visokorizične mladeži. (36)

Daljnje istraživanje je usporedilo učinke ove modificirane verzije obiteljske terapije i edukacijske kontrole (jedna do dvije seanse) na visokorizičnu mladež. Uzorak se sastojao od 40 ispitanika srednje dobi 12.3 godine koji su imali BAP-NOS, veliki depresivni poremećaj ili ciklotimiju i rođaka u prvom koljenu koji boluje od BAP-a. Bolesnike se pratilo godinu dana. U skupini tretiranoj obiteljskom terapijom je zabilježen brži oporavak od simptoma, više tjedana provedenih u remisiji kroz godinu dana i blaža slika maničnih, ali ne i depresivnih simptoma. Ti su rezultati bili izraženiji u bolesnika koji su iz obitelji s pretjerano iskazanim emocijama, iako veličina uzorka limitira konkretnije donošenje zaključaka o moderatorima učinka terapije. EE je u ovoj studiji bio procijenjen Petominutnim uzorkom govora. Obitelji ispitanika uključenih u studiju su same tražile stručnu pomoć za svoju djecu pa je uzorak nemoguće poopćiti na populaciju mladeži pod povećanim rizikom za razvoj BAP-a. Još jedna značajna razlika je i u broju seansi između ova dva terapijska postupka pa nije isključeno da su se pozitivni učinci u skupini tretiranoj obiteljskom terapijom dogodili kao posljedica intenzivnosti tog modula. I vrijeme praćenja je prekratko jer u prosjeku za konverziju iz visoko rizičnih poremećaja u BAP treba najčešće 4-5 godina. (21)

Buduća istraživanja bi trebala biti provedena na većim i reprezentativnijim uzorcima, dulje pratiti ispitanike te uspoređivati obiteljsku terapiju s postupcima sličnog ili jednakog intenziteta te individualnom terapijom. (37)

2.4. OBITELJSKA TERAPIJA U LIJEČENJU SUICIDALNOG BOLESNIKA

Kao što je već rečeno, oboljeli od BAP-a su pod povećanim rizikom od suicidalnih misli i ponašanja, čak 15 puta većim nego u zdravoj populaciji. Ovakva događanja su posebno česta u depresivnim ili miješanim epizodama s izraženim osjećajem beznađa te u adolescentnoj dobi. Ranjiviji su bolesnici s ranim ili vrlo ranim početkom bolesti te oboljeli od BAP-a tipa 2 (24%, dok je u tipu 1 17%). To se tumači većim brojem miješanih epizoda u tom obliku bolesti. (4,38) Rizični čimbenici su: pozitivna obiteljska anamneza za suicidalno ponašanje, raniji nastup bolesti, naglašenije depresivna komponenta, brze izmjene raspoloženja, antidepresivima uzrokovana manija i komorbiditeti (posebno iz osi I i II). Osobe koje su zlostavljane u djetinjstvu imaju općenito teži tijek bolesti te, shodno tome, i veći suicidalni rizik. Faktori rizika se mogu podijeliti u tri skupine: primarni (psihijatrijski i somatski faktori, npr. prethodni pokušaji samoubojstva, depresivni polaritet prve epizode, komorbiditeti), sekundarni (psihosocijalni, npr. traume iz djetinjstva, nezaposlenost, stresni događaji u nedavnoj prošlosti, itd.) i tercijarni (demografski, npr. muški spol, starija dob, godišnje doba). (4) Motivi za takav čin mogu varirati od istinske želje za smrću, potrebe za bijegom od vlastitih nevolja i preplavljujućih osjećaja te želje za pažnjom do potrebe za izazivanjem krivice u drugih. Mnogi bolesnici ističu da se ponekad osjećaju previše ranjivo da bi uspješno kontrolirali svoje ponašanje, a implikacije od strane članova obitelji da oni to rade namjerno i da imaju potpunu kontrolu nad sobom samo dodatno naglašavaju osjećaj nemoći. Uočavaju se razlike među rasama po riziku za suicidalno ponašanje. U latinoamerikanaca je stopa suicida manja nego u bijelaca, iako njihovi adolescenti imaju više pokušaja u odnosu na svoje bijele vršnjake. Povećava se broj suicida u adolescenata japanskog i kineskog podrijetla uz naglašenije depresivne simptome u toj populaciji te u crnih i latinoameričkih adolescentica u odnosu na bijelce. (38) Najbolji uspjeh u sprječavanju suicidalnog ponašanja je polučio litij, umanjujući stopu suicida 13 puta u odnosu na one koji nisu bili tretirani tim lijekom ili su prekinuli njegovo uzimanje. (4) Podloga za uspješnost obiteljske terapije bi mogao biti njezin povoljan utjecaj na depresivne simptome te obiteljsko ozračje. Također, neka ponašanja članova obitelji mogu ojačati već postojeću bolesnikovu suicidalnost. Često se zanemaruju bolesnikova jadanja o tome

kako mu je teško i kako se loše osjeća, a na prvi spomen mogućnosti da si naudi, pokazuju previše brige. Netko tko je željan nježnosti i pažnje (kao što je objašnjeno u dijelu „Etiologija“ pod 1.1.2.5 Psihodinamska teorija) na taj način usvaja opasno ponašanje kao sredstvo za postizanje svoga cilja. Neki bolesnici otkriju olakšanje koje nastupa nakon samoozljeđivanja te sami sebi pojačavaju takav obrazac ponašanja. Važno je napomenuti da se treba ispitati svaka naznaka suicidalnosti, čak i u onih koji često prijete takvim nakanama, a nikad ih (dosad) nisu izvršili; jer se u oboljelih od BAP-a kod takvog čina često u podlozi nalazi impulzivna odluka. Iz gore navedenog je jasno da obitelj mora balansirati između pokazivanja premalo i previše brige jer sve što izlazi iz tog okvira može samo ojačati samoubilačke nakane pacijenta. To, naravno, nije nimalo lak zadatak, ali u balansiranju te dvije krajnosti može pomoći obiteljska terapija. Ona se može provoditi na bolesnicima svih uzrasta. (38)

2.4.1. MODIFIKACIJE TERAPIJE

Prilagodba ovakvom bolesniku zahtjeva veću fleksibilnost terapeuta pa, iako se pridržava priručnika i drži osnovne strukture, terapija se može pojačati ako se pogoršaju simptomi depresije ili jave misli o samoozljeđivanju u smislu da se produži trajanje ili poveća učestalost izvođenja seansi. Prilagoditi se može i redoslijed izvođenja pojedinih modula. Po potrebi se mogu održavati i individualne seanse s bolesnikom ili pojedinim članovima obitelji. Naravno, ako se stanje ne bi popravljalo ili bi došlo do pogoršanja, treba posegnuti za modifikacijom farmakološke terapije i hospitalizacijom. Važno je poznavati do koje granice ima koristi od psihoterapije, a gdje njeno djelovanje ne može prodrijeti. (38)

Cilj ovog oblika liječenja je identifikacija lanaca u ponašanju koji bi mogli povećati mogućnost samoubojstva. Na primjer, adolescenti često postaju bijesni kada im nešto nije omogućeno (primjerice, dulji večernji izlazak) te su u takvom stanju skloni impulzivnim suicidalnim ponašanjima ili prijetnjama. Jednom kada se smire, osjećaju sram i krivnju zbog svog ponašanja, a to može ići toliko daleko da opet razviju samoubilačke nakane, što roditelji dožive kao prazne prijetnje i ignoriraju ili ih

napadnu optužbama ili prijetnjama, što na kraju pogorša situaciju. Prekidom tih lanaca se smanjuje broj suicidalnih epizoda. (38)

Psihoedukacijski modul se kod ove modifikacije isprepliće s treningom vještina. U ovom dijelu terapije se pokušava prenijeti poruka da su samoubilačke ideje i ponašanja dio BAP-a, a ne isključivi pokušaj bolesnika da manipulira i povrjeđuje svoje najbliže. Naglašava se da pacijent neki put ne može kontrolirati svoje osjećaje i postupke, ali da postoje načini na koje se može nositi s njima. Važno je i osvijestiti sudionike terapije da je njihov strah da bi otvoren razgovor o toj temi mogao uzrokovati eskalaciju suicidalnosti neutemeljen i da je stvarnost upravo suprotna – takva rasprava daje bolesniku osjećaj da nije sam s tim mislima i služi im kao neka vrsta ventila kroz koji izbacuju takav sadržaj. Mnogi navode osjećaj olakšanja nakon otvorenog razgovora o svojim samoubilačkim idejama. Usmjerava se bolesnika da prati tijek svoje suicidalnosti kroz vrijeme te da uoči moguće okidače za to. Okidača može biti više za pojedinu eskalaciju suicidalnog ponašanja te se oni mogu nadopunjavati s vremenskim odmakom (npr. događaj koji je neposredno prethodio pokušaju samoozljeđivanja je bila obiteljska svađa, a primarni okidač je bio koji mjesec ranije kada je član obitelji implicirao da je bolesnik na teret ostalim ukućanima). Podučava se koji su rani znakovi za takvo ponašanje (npr. pogoršanje paničnih simptoma, povlačenje u sebe, nagle promjene u ponašanju, preokupacija morbidnim sadržajima, razdražljivost i agresivnost). Na kraju se sklapa „ugovor o prevenciji suicida“ u kojem su sadržani svi mogući okidači, postupci koje poduzimaju bolesnik, članovi obitelji i terapeut jednom kada se takav okidač pojavi i odrednice koji je najbolji trenutak za poduzimanje pojedinih akcija (na početku javljanja takvih misli, nakon progresije simptoma, itd.). Obitelj se upoznaje s postupcima koji su potrebni za hitni prijem bolesnika u bolnicu, ako za to bude potrebe, te ih se upozorava da će taj ostanak u bolnici možda biti kratak te da moraju na vrijeme planirati što će činiti nakon pacijentovog povratka u dom, gdje ga možda čekaju isti oni okidači koji su doveli do inicijalne epizode. Razvijaju strategije za promatranje oboljelog koje neće biti prenametljive te vježbaju načine komunikacije koji neće poticati konflikt. (38)

Trening komunikacijskih vještina se fokusira na olakšavanje razgovora o ovoj temi s obzirom na to da je on ujedno i jako važan i ekstremno bolan. Potiče se bolesnika da iskazuje svoje osjećaje beznađa, očaja, žaljenja i srama; a članove obitelji da na njih

reagiraju adekvatno: smireno i uvažavajući ih te da, na kraju, svi zajedno prodiskutiraju o mogućim načinima za osiguranje bolesnikove sigurnosti. (38)

S obzirom na veliku raznolikost američkog društva, treba uzeti u obzir te razlike i prilagoditi obiteljsku terapiju njihovim potrebama (jeziku, kulturi i slično). Treba iskoristiti jače obiteljske veze u pojedinim kulturama (primjerice latinoamerička) jer se to pokazalo kao protektivan faktor od relapsa bolesti i suicidalnog ponašanja. Pojedina vjerska uvjerenja mogu zaštititi bolesnika i biti važan saveznik u tijeku terapije. Pokazalo se kako su pripadnici crne rase skloniji negativnim iskustvima u sustavu zdravstva, imaju veći broj pokušaja suicida te je manje vjerojatno da će dobiti odgovarajuću terapiju. To treba imati na umu pri provođenju terapije uz težnju da se ta iskustva isprave te da se poveća njihova suradljivost. Razumijevanje normi u nekim kulturama je ključno za provođenje bilo kojeg oblika psihoterapije, a posebno onih u koji su uključeni i članovi bolesnikove obitelji. Recimo, terapeut koji nije upoznat s tim da se direktno gledanje u oči u japanskoj kulturi može smatrati kao izraz nepoštovanja roditelja, pogotovo ako se događa u svađi, može krivo procijeniti obiteljske odnose i poticati ponašanja koja mogu produbiti jaz među njenim članovima. Dakle, važno je obiteljima osigurati terapeuta koji je svjestan njihovih specifičnih potreba i koji ih razumije, inače bi terapija mogla postati, ne samo beskorisna, već i štetna. (38)

2.5. TERAPIJSKE MOGUĆNOSTI ZA ČLANOVE OBITELJI

Već je rečeno da su bolesnici s BAP-om često zahtjevni za članove svoje obitelji koji se osjećaju preopterećeno. Osjećaj velikog emocionalnog tereta otežava brigu za samog pacijenta i povezan je s lošijim ishodima bolesti. Takvi članovi obitelji se češće koriste izbjegavanjem kao glavnim obrambenim mehanizmom, smatra se da je to odraz njihove percepcije da se situacija ne može promijeniti. Uz podatak da bolesnici često ne koriste usluge koje su im omogućene u sustavu zdravstva ili ih koriste neredovito, terapijska modifikacija koja bi se fokusirala na rodbinu se čini kao korisna mogućnost. Takva terapija se može provoditi dok je bolesnik nedostupan, no,

s poboljšanjem stanja članova obitelji se poboljšava i njegov tijek bolesti, te on može postati dostupan. (19)

Pilot studija, koja je uspoređivala modifikaciju obiteljske terapije za članove obitelji (12-15 seansi) i kraću zdravstveno-edukacijsku intervenciju (8-12 seansi), imala je zadatak utvrditi je li takav model uopće provediv. Uzorak se sastojao od članova obitelji 46 pacijenata koji su pretežito bolovali od BAP-a tipa 1 (njih 40). Obiteljska terapija ih je educirala o BAP-u i metodama nošenja s tom bolešću te je identificirala i proučavala automatske misli, osjećaje i temeljna uvjerenja. Također je pomagala rodbini da definiraju adekvatnu razinu brige, nadziranja i očekivanja od oboljelog člana. Terapija se odvijala u dvije faze: 1. psihoedukacija i definiranje ciljeva te 2. bihevioralne analize prepreka u brizi o samome sebi. U prvom dijelu (koji se odvijao od prve do četvrte seanse) članovi obitelji su upoznati s etiologijom BAP-a, važnošću pridržavanja terapije, metodama prevencije relapsa i utjecajem stresa na pojavu novih epizoda. Na kraju su izradili popis ciljeva za skrb o samome sebi. Četiri su osnovna cilja: prvi je bio popravljivanje jednog ili više problema u odnosu s bolesnikom, drugi je bio usmjeren ka smanjivanju osjećaja opterećenja ili tjeskobnosti, a treći i četvrti su bili zaduženi za poboljšanje tjelesnog i duševnog zdravlja člana obitelji (npr. gubljenje viška kilograma, redovita tjelovježba; širenje mreže koja pruža potporu obitelji). Drugi dio psihoterapije (od pete do petnaeste seanse) se bazirao na kognitivno-bihevioralnom pristupu u identifikaciji konkretnih prepreka koje član vidi (svjesno ili nesvjesno) u brizi o samome sebi. Za njihovo obilaženje se nude četiri tipa rješenja: prvo je širenje mreže koja pruža potporu i pomaže u brizi za oboljelog člana, drugi je trening komunikacije i trening rješavanja problema u skraćenoj verziji od jedne do tri seanse koji bi trebali razriješiti konflikte, treći se bazira na rješavanju depresivnih misli i korištenju pozitivnih izjava o samome sebi, boljom higijenom spavanja i redovitom tjelovježbom; te četvrto koje je kombinacija prva tri tipa rješenja. Zdravstveno-edukacijska intervencija se fokusirala na pružanje potrebnih znanja o zdravstvenim teškoćama i brigama koje su ocjenjene kao česte u članova obitelji. Informacije su prenesene putem DVD snimaka i nije se diskutiralo o individualnim problemima s kojima se svaki od članova obitelji suočava.

Rezultati su pokazali da je u skupini tretiranoj obiteljskom terapijom došlo do redukcije depresivnih simptoma i rizičnog ponašanja od strane članova obitelji (to se pripisuje smanjenom korištenju obrane izbjegavanja) te do ublažavanja depresije u

bolesnika čiji članovi obitelji su bili u toj skupini (što se tumači boljim psihičkim stanjem člana).

Ako se u obzir uzmu sva prijašnja istraživanja o obiteljskoj terapiji i činjenica da je pretjerano iskazivanje emocija češće u roditelja u usporedbi sa supružnicima oboljelih, izvlači se zaključak da bi ovakva vrsta terapije bolje koristila upravo roditeljima. Naravno, ova studija je trajala prekratko i imala premalen uzorak za izvlačenje bilo kakvih konkretnih zaključaka. Također, broj seansi je bio veći u skupini tretiranoj obiteljskom terapijom, što je jedan od mogućih razloga veće uspješnosti tog postupka. Liječnici koji vode oboljele su bili zaslijepljeni za vrstu tretmana koji dobivaju članovi njihovih obitelji, no valja napomenuti da se nisu pratile možebitne promjene u njihovim terapijskim režimima. Valja istaknuti još jedan problem kod ovog uzorka – svi su bili višeg socioekonomskog statusa te su tri četvrtine obitelji i bolesnika bili bijelci. Dakle, uzorak se ne može poopćiti na populaciju članova obitelji oboljelih od BAP-a. (19)

3. ZAKLJUČAK

Bipolarni afektivni poremećaj je bolest s cikličkim izmjenama manije i depresije koja često iscrpljuje i bolesnika i njegovu okolinu. Zbog tendencije izmjene epizoda, nerijetko je kroničnog tijeka. Suvremena psihijatrija za cilj ima oporavak od bolesti i omogućavanje osobi da vodi zadovoljavajući život uz maksimalnu funkcionalnost u zajednici. Sredstva koja se u te svrhe koriste su farmakoterapija, psihoterapija i različite psihosocijalne metode koje su svoju korisnost pokazale u nizu znanstvenih istraživanja. Kod najtežih bolesnika, refraktornih na sve ostale oblike liječenja, opravdana je uporaba elektrokonvulzivne terapije. Kombinirajući ove metode, važno je naći pravu „formulu“ koja odgovara svakom pojedinačnom bolesniku te izraditi njegov individualni plan terapije.

Istraživanja iznesena u ovom radu nude različite ishode u oboljelih, no većina ipak navodi pozitivne promjene. Generalno se smatra da je dovoljno dokaza u korist primjene obiteljske terapije te se ona može naći u većini svjetskih smjernica za liječenje BAP-a gdje se preporuča njeno kombiniranje s ostalim metodama.

U ovom radu je prikazan model obiteljske terapije koji se sastoji od psihoedukacije, treninga komunikacijskih vještina i treninga rješavanja problema. Dosadašnji rezultati pokazuju da bolesnici tretirani na ovaj način imaju bolji ishod bolesti, manje dana provedenih u bolnici i akutnoj fazi te ublažavanje simptoma. Postoji i nekoliko modifikacija koje su namijenjene adolescentnim bolesnicima, mladeži koja je ugrožena od razvoja BAP-a, suicidalnim pacijentima te članovima obitelji svih navedenih skupina. Potrebna su daljnja kvalitetnija istraživanja kako bismo sa sigurnošću utvrdili koji su točno ishodi, koliko dugo traju učinci, koje su potencijalne neželjene nuspojave te definirali potencijalne moderatore ishoda liječenja. Nažalost, ona se nedovoljno primjenjuje u svakodnevnoj kliničkoj praksi zbog nedostatka educiranog osoblja, organizacije službe i skepse pružatelja usluga. U budućnosti bi trebalo proširivati mrežu rehabilitacije bolesnika koja bi im omogućila najbolju moguću razinu funkcioniranja. Obiteljska terapija je bitna komponenta te slagalice jer, uz samog bolesnika, cilja i njegovu okolinu te ojačava pacijentovu mrežu podrške što ju čini bitnim dijelom terapijsko-rehabilitacijskog plana za oboljele od BAP-a.

4. ZAHVALE

Posebne zahvale upućujem svojoj mentorici profesorici Slađani Štrkalj Ivezić bez čijih savjeta i pomoći ne bi bilo ni ovoga rada. Zahvaljujem se i svojoj obitelji i dragim prijateljima na svojoj podršci i razumijevanju tijekom cijelog studija, bez njih nikada ne bih dogurala do kraja. Hvala Gordanu na pruženoj, ne samo moralnoj, nego i tehničkoj podršci.

5. LITERATURA

1. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Begić D, Jukić V, Medved V, urednici. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
2. Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, Morriss R, i ostali. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016.;208(3):213–22.
3. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, i ostali. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2004.;55(9):875–81.
4. Marčinko D. Suicidalnost u bipolarnom afektivnom poremećaju. *MEDIX*. 2008.;77:54–8.
5. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016.;387(10027):1561–72.
6. Oruč L, Memić A, Škobić H. Biološka osnova bipolarnog afektivnog poremećaja. *MEDIX*. 2008.;77:8–12.
7. Arnone D, Cavanagh J, Gerber D, Lawrie SM, Ebmeier KP, McIntosh AM. Magnetic resonance imaging studies in bipolar disorder and schizophrenia: Meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009.;195(3):194–201.
8. Folnegović Šmalc V, Štrkalj Ivezić S, Bagarić A, Mimica N. Klasifikacija i dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja. *MEDIX*. 2008.;77:13–8.
9. Katić M, Švab I. Obiteljska medicina. Zagreb: Alfa; 2013. 140. 150.
10. Reynolds CR, Kamphaus RW. Major Depressive Disorder. *Diagnostic Stat Man*
Ment Disord [Internet]. 2013.;5:32–4. Dostupno na:
<http://images.pearsonclinical.com>
11. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry:

- Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10. izd. Lippincott Williams and Wilkins and Wolter Kluwer Health, Philadelphia Indian Reprint;
12. Morris CD, Miklowitz DJ, Waxmonsky JA. Family-focused treatment for bipolar disorder in adults and youth. *J Clin Psychol*. 2007.;63(5):433–45.
 13. Mihaljević-Peleš A, Bajs Janović M, Štrkalj Ivezić S, Herceg M, Radanović Grgurić L. Smjernice za liječenje bipolarnog poremećaja (prilagođeno prema smjernicama Britanskog udruženja za psihofarmakologiju). :29–31.
 14. Štrkalj Ivezić S. Rehabilitacija u psihijatriji. Štrkalj Ivezić S, urednik. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Udruga „Svitanje“; 2010.
 15. Miklowitz DJ, Chung B. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Fam Process*. 2016.;55(3):483–99.
 16. Reinares M, Colom F, Martinez-Aran A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic Interventions Focused on the Family of Bipolar Patients. *Psychother Psychosom*. 2002.;71:2–10.
 17. Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2016.;43:47–57.
 18. Lee AMR, Simeon D, Cohen LJ, Samuel J, Steele A, Galyner II. Predictors of patient and caregiver distress in an adult sample with bipolar disorder seeking family treatment. *J Nerv Ment Dis*. 2011.;199(1):18–24.
 19. Perlick A, Miklowitz D, Lopez N, Chou J, Calvin C, Adzhishvili V, i ostali. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar disord*. 2010.;12(6):627–37.
 20. Hooley JM, Gotlib IH. A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Appl Prev Psychol*. 2000.;9(3):135–51.
 21. Miklowitz DJ, Schneck C, Singh MK, Taylor DO, George EL, Cosgrove VE, i ostali. Early Intervention for Symptomatic Youth at Risk for Bipolar Disorder: A Randomized Trial of Family-Focused Therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013.;52(2):121–31.

22. Miklowitz DJ, Wisniewski SR, Miyahara S, Otto MW, Sachs GS. Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2005.;136(2–3):101–11.
23. Justo L, Soares BG de O, Calil H. Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2007.;17(4). Dostupno na: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=9764636&DocumentID=CD005167%5Cnhttp://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005167.pub2>
24. Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, i ostali. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-Year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry.* 2000.;48(6):582–92.
25. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, i ostali. *Psychosocial Treatments for Bipolar Depression.* 2016.;64.
26. Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE, Kelley J, Miller IW. Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: Family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disord.* 2008.;10(7):798–805.
27. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker LA, Johnson S, Solomon DA. Family Treatment for Bipolar Disorder: Family Impairment by Treatment Interactions. *J Clin Psychiatry.* 2008.;69(5):732–40.
28. Fredman SJ, Baucom DH, Boeding SE, Miklowitz DJ. Relatives' emotional involvement moderates the effects of family therapy for bipolar disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2015.;83(1):81–91.
29. Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *J Affect Disord.* 2004.;82(3):431–6.
30. Reinares M, Colom F, Rosa AR, Bonnín CM, Franco C, Solé B, i ostali. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *J Affect Disord* [Internet]. 2010.;123(1–3):81–6. Dostupno na:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.009>

31. Fiorillo A, Del Vecchio V, Luciano M, Sampogna G, Sbordone D, Catapano F, i ostali. Feasibility of a psychoeducational family intervention for people with bipolar i disorder and their relatives: Results from an Italian real-world multicentre study. *J Affect Disord* [Internet]. 2016.;190:657–62. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.060>
32. Ozerdem A, Oguz M, Miklowitz D, Cimilli C. Family focused treatment for patients with bipolar disorder in Turkey: a case series. *Fam Process* [Internet]. 2009.;48(3):417–28. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19702927><http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1545-5300.2009.01292.x/asset/j.1545-5300.2009.01292.x.pdf?v=1&t=hqpkzj9o&s=5820e140bc57804cb3b190a1026c11709f6c6ed1>
33. Miklowitz DJ, George EL, Axelson DA, Kim EY, Birmaher B, Schneck C, i ostali. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2004.;82:113–28.
34. O'Donnell LA, Axelson DA, Kowatch RA, Schneck CD, Sugar CA, Miklowitz DJ. Enhancing quality of life among adolescents with bipolar disorder: A randomized trial of two psychosocial interventions. *J Affect Disord* [Internet]. 2017.;219:201–8. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.039>
35. Miklowitz DJ, Axelson DA, George EL, Taylor DO, Schneck CD, Sullivan AE, i ostali. Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2009.;48(6):643–51. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181a0ab9d>
36. Miklowitz DJ, Chang KD, Taylor D, George EL, Singh MK, Schneck CD, i ostali. Early psychosocial intervention for youth at risk for bipolar I or II disorder: a one-year treatment development trial. *Bipolar Disord*. 2011.;13(1):67–75.
37. Birmaher B. Psychotherapy for youth at risk for bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2013.;52(2):116–8. Dostupno na:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.001>

38. Miklowitz DJ, Taylor DO. Family-focused treatment of the suicidal bipolar patient. *Bipolar Disord*. 2006.;8(5 II):640–51.

6. ŽIVOTOPIS

Rođena sam u Zagrebu 1994. godine. Pohađala sam osnovnu školu Dragutina Domjanića, a potom i Drugu gimnaziju u Zagrebu. U srednjoškolskim danima sam se bavila debatnom s uspjesima na županijskoj, državnoj i međunarodnoj razini. Medicinski fakultet u Zagrebu sam upisala 2012.godine. Tijekom studija sam sudjelovala u aktivnostima organiziranim od strane Hrvatskog debatnog društva (HDD) kao volonter te u Outreach seminaru za studente Hrvatskog psihoanalitičkog društva. Aktivno se služim engleskim jezikom, a pasivno njemačkim i talijanskim.